



UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas
UNIVERSIDADE DE LISBOA

A análise do modelo organizativo dos Cuidados de Saúde Primários no ACeS de Oeiras

Paula Cristina Garcia Martins

Orientadora: Professora Doutora Maria do Céu Machado

Co-Orientador: Professor Doutor Ricardo Ramos Pinto

**Dissertação para obtenção de grau de Mestre
em MPA com especialização em Saúde**

**Lisboa
2013**

Agradecimentos

Este trabalho compreende uma investigação para conclusão do Mestrado em Administração Pública com especialização em Saúde no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa e não teria sido possível realizá-lo sem o apoio e colaboração de algumas pessoas.

Queria, em primeiro lugar, agradecer à Professora Doutora Maria do Céu Machado e ao Professor Doutor Ricardo Ramos Pinto, pela disponibilidade, apoio e pela orientação que ambos disponibilizaram durante este trabalho.

Gostaria de agradecer ao Dr. Vítor Cardoso, Director Executivo do ACeS de Oeiras durante o triénio 2009-2011, por me ter possibilitado o estudo sobre as UCSP e USF desta instituição.

Gostaria de agradecer igualmente a disponibilidade dos entrevistados que me auxiliaram com os seus preciosos conhecimentos.

Agradeço, a compreensão e apoio demonstrado pelos meus superiores, nomeadamente Dra. Helena Febra como minha coordenadora e aos meus colegas de trabalho. A disponibilidade e informação prestada pelos meus colegas dos Recursos Humanos, Mário Fernandes e Teresa Pereira e dos Sistemas de Informação, Andreia Pereira que me auxiliaram e sem as quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

Queria agradecer ao Dr. Carlos Canhota, Dr. Daniel Pinto e ao Dr. Luís Pisco pelo empréstimo de bibliografia, conselhos e por todo o apoio que recebi.

Um agradecimento especial aos meus familiares e amigos pela paciência, pela confiança, por acreditarem em mim e pela força que me transmitiram durante a elaboração deste trabalho.

E por último, um agradecimento especial ao meu marido que me acompanhou durante este percurso e sempre me apoiou e incentivou.

Resumo

O início da reforma dos cuidados de saúde primários aconteceu em 2005, com o Programa do XVII Governo Constitucional, que tinha como objetivo “atribuir uma particular relevância à reestruturação dos centros de saúde, pela proximidade ao cidadão e pelo contributo que dão à melhoria dos níveis de vida dos Portugueses. ” (Decreto-Lei n.º 88, 2005, p. 3606)

Em 2006, surgiram as Unidades de Saúde Familiar (USF) como o primeiro movimento da reforma. As USF são unidades funcionais com autonomia administrativa, técnica e funcional que se organizaram de forma voluntária, que visam a prestação de serviços de qualidade e de proximidade, baseando-se numa nova forma de organizar a acessibilidade do utente à saúde.

Em 2008 foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), segundo movimento da reforma. Os ACeS têm como objetivos a eficiência e economia de escala, aplicados à agregação de recursos e das estruturas de gestão. Estes agrupamentos passaram a ser constituídos por diversas unidades funcionais, entre elas as USF e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

Através da realização de um estudo de caso no ACeS de Oeiras, observaram-se os resultados de seis dos indicadores comuns contratualizados pelas USF e pelas UCSP, entre 2009 e 2011, com o objetivo de compreender as novas formas de organização. Estes indicadores representam quatro áreas: o acesso, o desempenho assistencial, a satisfação e o desempenho económico.

O estudo permitiu concluir que as USF obtiveram melhores resultados no triénio em análise, e que as UCSP levaram mais tempo a adaptar-se aos sistemas de informação e à nova forma organizativa, mas no último ano em análise (2011), os seus resultados melhoraram.

Palavras-Chave: Cuidados de Saúde Primários; Reforma; Indicadores, USF, UCSP, ACeS

Abstract

The primary health care reform began in 2005 with the XVII Constitutional Government Programme. This Program aimed "to give a strong input to the restructuration of the health centers, due to their proximity to the citizens and due to the contribution they make on the improvement of the life quality of the Portuguese people. "(Decreto-Lei n. ° 88, 2005, p.3606).

In 2006 were created the Family-Health Units (USF). These voluntarily self-created teams have administrative, technical and functional autonomy and aim to assure health services marked by outstanding quality and proximity, based on a new form of organization. In order to increase the scale efficiency and economy were created, in 2008, the Health-Centers Groups (ACeS), clusters which role was to aggregate resources and management structures, that are presently composed of several functional units such as the USF and UCSP.

In this study we approached the ACeS Oeiras. We analyzed the results of six indicators (People access, assistance performance, satisfaction and economic performance) that are common to USFs and UCSP, between 2009 and 2011. Our goal was to understand the impact of the new forms of organization. Among other things, we concluded that USF performed better, that UCSP took longer to adapt to both the software and to the new organization, but their results improved in 2011.

Keywords: Primary Health Care; Reform; Indicators, USF, UCSP, ACeS

Nota:

Este trabalho não foi escrito ao abrigo do novo acordo ortográfico por opção da mestranda.

Índice

AGRADECIMENTOS	II
RESUMO	III
ABSTRACT	IV
ÍNDICE DE FIGURAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VII
ÍNDICE DE QUADROS	VII
I – INTRODUÇÃO.....	10
I.I - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: 1999-2011	3
II – CONCEPTUALIZAÇÃO – MOLDURA TEÓRICA.....	6
II.I – ENQUADRAMENTO GERAL	6
II. II – RESENHA HISTÓRICA DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	13
II.III – REFORMA ATUAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	19
III – CONTEXTO E MODELO DE ANÁLISE.....	21
III.I – CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO: ACES OEIRAS	21
III.I.I - CONCELHO DE OEIRAS	21
III.I.II - ESTUDOS DE SAÚDE REALIZADOS NO CONCELHO DE OEIRAS.....	26
III.II - ACES DE OEIRAS.....	33
III.II.I - RECURSOS HUMANOS	34
III.II.II - UTENTES INSCRITOS.....	35
III.III – OBJECTIVOS	39
III.IV - HIPÓTESES DO ESTUDO.....	40
III.IV.I - INDICADORES DO CONTRATO PROGRAMA	41
III.IV.II - RRE – INDICADORES	41
III.IV.III - UCSP/USF - INDICADORES	44
IV – METODOLOGIA	48
IV.I – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	48
V –DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	70
V.I. – LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	74
VI - CONCLUSÕES.....	75
VII- PERSPECTIVAS DE TRABALHOS FUTUROS	77
BIBLIOGRAFIA	78
APÊNDICES.....	83
APÊNDICE I – CONCELHO DE OEIRAS	83
APÊNDICE II – ACES OEIRAS	90
APÊNDICE III - INDICADORES – MODO DE CONSTRUÇÃO E RESULTADOS	104
APÊNDICE IV - ENTREVISTA	119

Índice de Figuras

FIGURA 1 – LOCALIZAÇÃO E MAPA DO CONCELHO DE OEIRAS.....	21
FIGURA 2 - CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO DE OEIRAS.....	24
FIGURA 3 - ORGANOGRAMA ACES OEIRAS.....	34
FIGURA 4 - OUTPUTS - UCSP – CONSULTAS – AUSÊNCIAS	92
FIGURA 5 - OUTPUTS - USF - CONSULTAS-AUSÊNCIAS	94

Índice de Gráficos

GRÁFICO 1 - POPULAÇÃO DO CONCELHO DE OEIRAS 2011	23
GRÁFICO 2 - CRESCIMENTO DEMOGRÁFICO NO CONCELHO DE OEIRAS 2007-2011	23
GRÁFICO 3 - CENTRO DE SAÚDE CARNAXIDE 2008.....	35
GRÁFICO 4 - CENTRO DE SAÚDE DE OEIRAS – 2008	36
GRÁFICO 5 – CONSULTAS GERAIS ACES OEIRAS – TOTAL E POR PROFISSIONAL.....	49
GRÁFICO 6 - CONSULTAS X HORAS	50
GRÁFICO 7 - CONSULTAS X AUSÊNCIAS	51
GRÁFICO 8 - UCSP - RELAÇÃO ENTRE CONSULTAS E AUSÊNCIAS	52
GRÁFICO 9 - USF - RELAÇÃO ENTRE CONSULTAS E AUSÊNCIAS	52
GRÁFICO 10 - UTENTES INSCRITOS – USF/UCSP 2009/2010/2011	53
GRÁFICO 11 - UTENTES USF/UCSP - APÓS “CORRECÇÃO”	55
GRÁFICO 12 - 3.12 – PERCENTAGEM DE CONSULTAS AO UTENTE PELO PRÓPRIO MÉDICO DE FAMÍLIA	56
GRÁFICO 13 - 3.15 – TAXA DE UTILIZAÇÃO GLOBAL DE CONSULTAS – DADOS OFICIAIS E CORRIGIDOS	57
GRÁFICO 14 - 4. 18 – TAXA DE VISITAS DOMICILIÁRIAS MÉDICAS POR 1000 INSCRITOS	58
GRÁFICO 15 - 4.30 – TAXA DE VISITAS DOMICILIÁRIAS DE ENFERMAGEM POR 1.000 INSCRITOS.....	58
GRÁFICO 16 - 5.2 – PERCENTAGEM DE MULHERES ENTRE OS 25 E 64 ANOS COM COLPOCITOLOGIA ACTUALIZADA	59
GRÁFICO 17 - 5.1M – PERCENTAGEM DE MULHERES ENTRE OS 50 E OS 69 ANOS COM REGISTO DE MAMOGRAFIA NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS	59
GRÁFICO 18 - 5.4M – PERCENTAGEM DE DIABÉTICOS COM PELO MENOS TRÊS HbA1C REGISTRADAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES, DESDE QUE ABRANJAM OS 2 SEMESTRES.....	60
GRÁFICO 19 - 5.4M2 – PERCENTAGEM DE DIABÉTICOS COM PELO MENOS DUAS HbA1C REGISTRADAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES, DESDE QUE ABRANJAM OS 2 SEMESTRES.....	61
GRÁFICO 20 - 5.10Mi – PERCENTAGEM DE HIPERTENSOS COM PELO MENOS UMA AVALIAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL EM CADA SEMESTRE.....	61
GRÁFICO 21 - 6.1M1 – PERCENTAGEM DE CRIANÇAS COM PNV ACTUALIZADO AOS 2 ANOS	62
GRÁFICO 22 - 6.1M2 – PERCENTAGEM DE CRIANÇAS COM PNV ACTUALIZADO AOS 6 ANOS	62
GRÁFICO 23 - 6.12 – PERCENTAGEM DE PRIMEIRAS CONSULTAS NA VIDA EFECTUADAS ATÉ AOS 28 DIAS	63
GRÁFICO 24 - 6.9M – PERCENTAGEM DE PRIMEIRAS CONSULTAS DE GRAVIDEZ NO PRIMEIRO TRIMESTRE.....	63
GRÁFICO 25 - RESUMO DO INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO	68
GRÁFICO 26 - 7.6 d1 – CUSTO MÉDIO DE MEDICAMENTOS FACTURADOS (PVP) POR UTILIZADOR SNS.....	68
GRÁFICO 27 - 7.7 d1 – CUSTO MÉDIO COM MCDT FACTURADO POR UTILIZADOR	69

Índice de Quadros

QUADRO 1 - COMPONENTES DOUTRINAIS DO <i>NEW PUBLIC MANAGEMENT</i>	8
QUADRO 2 - CARACTERIZAÇÃO SUMÁRIA DO CONCELHO DE OEIRAS 2011	24
QUADRO 3 - AUTO-APRECIACÃO DO ESTADO DE SAÚDE.....	27
QUADRO 4 - MÉDICO DE FAMÍLIA	29
QUADRO 5 - TEMPO DECORRIDO DESDE A ÚLTIMA CONSULTA DE ROTINA.....	30

QUADRO 6 - SISTEMAS DE SAÚDE MAIS UTILIZADOS – ESTUDO CMO, 2008 – CONCELHO	30
QUADRO 7 - SISTEMAS DE SAÚDE MAIS UTILIZADOS – ESTUDO VILLAVERDE CABRAL, 2009	31
QUADRO 8 - PROFISSIONAIS ACES OEIRAS	34
QUADRO 9 - POPULAÇÃO RESIDENTE/UTENTES INSCRITOS	37
QUADRO 10 - INDICADORES RRE.....	42
QUADRO 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDICADORES BASE A SELECIONAR PELAS USF	45
QUADRO 12 - INDICADORES BASE.....	45
QUADRO 13 - UTENTES UCSP/USF	54
QUADRO 14 - FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO UCSP/USF.....	56
QUADRO 15 - SATISFAÇÃO DOS UTENTES UCSP/USF/ACES.....	64
QUADRO 16 - POPULAÇÃO RESIDENTE DO CONCELHO DE OEIRAS POR FREGUESIAS	83
QUADRO 17 - DENSIDADE POPULACIONAL.....	84
QUADRO 18 - NÍVEL DE ESCOLARIDADE E SITUAÇÃO DE EMPREGO – CONCELHO DE OEIRAS 2011- POPULAÇÃO ACTIVA.....	84
QUADRO 19 - NÍVEL DE ESCOLARIDADE E SITUAÇÃO DE EMPREGO – CONCELHO DE OEIRAS 2011 POR FREGUESIAS	85
QUADRO 20 - FONTES DE INFORMAÇÃO ESCOLHIDAS PELOS INQUERIDOS	86
QUADRO 21 - MEDICAMENTOS - ESTUDOS CMO, 2008 - CONCELHO E CMO, 2008 - CSO E CSLV	87
QUADRO 22 - MEDICAMENTOS – ESTUDO VILLAVERDE CABRAL, 2009.....	87
QUADRO 23 - MOTIVO DA VISITA AO CENTRO DE SAÚDE – ESTUDO CMO, 2008 – CSO E CSLV	88
QUADRO 24 - RAZÃO DA ÚLTIMA CONSULTA NO CENTRO DE SAÚDE – ESTUDO VILLAVERDE CABRAL, 2009	88
QUADRO 25 - RECURSOS HUMANOS MÉDICOS USF/UCSP 2009.....	90
QUADRO 26 - RECURSOS HUMANOS MÉDICOS USF/UCSP 2010.....	90
QUADRO 27 - RECURSOS HUMANOS MÉDICOS USF/UCSP 2011	91
QUADRO 28 - CONSULTAS ACES OEIRAS	97
QUADRO 29 - POPULAÇÃO RESIDENTE NO CONCELHO DE OEIRAS E UTENTES ACES OEIRAS ANTES DA INTEGRAÇÃO – 2008	98
QUADRO 30 - UTENTES INSCRITOS - USF 2009/2010/2011	98
QUADRO 31 - UTENTES INSCRITOS NAS UCSP 2009/2010/2011	100
QUADRO 32 - UTENTES USF 2009/2010 "EXPURGO"	101
QUADRO 33 - UTENTES UCSP 2009/2010 "EXPURGO"	102
QUADRO 34 - UTILIZADORES UCSP/USF	103
QUADRO 35 - 3.12 – PERCENTAGEM DE CONSULTAS AO UTENTE PELO PRÓPRIO MÉDICO DE FAMÍLIA	104
QUADRO 36 - 3.15 – TAXA DE UTILIZAÇÃO GLOBAL DE CONSULTAS	105
QUADRO 37 - 4. 18 – TAXA DE VISITAS DOMICILIÁRIAS MÉDICAS POR 1000 INSCRITOS	106
QUADRO 38 - 4.30 – TAXA DE VISITAS DOMICILIÁRIAS DE ENFERMAGEM POR 1.000 INSCRITOS	107
QUADRO 39 - 5.2 – PERCENTAGEM DE MULHERES ENTRE OS 25 E 64 ANOS COM COLPOCITOLOGIA ACTUALIZADA	108
QUADRO 40 - 5.1M – PERCENTAGEM DE MULHERES ENTRE OS 50 E OS 69 ANOS COM REGISTO DE MAMOGRAFIA NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS	109
QUADRO 41 - 5.4M – PERCENTAGEM DE DIABÉTICOS COM PELO MENOS TRÊS HbA1C REGISTRADAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES, DESDE QUE ABRANJAM OS 2 SEMESTRES.....	110
QUADRO 42 - 5.4M2 – PERCENTAGEM DE DIABÉTICOS COM PELO MENOS DUAS HbA1C REGISTRADAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES, DESDE QUE ABRANJAM OS 2 SEMESTRES.....	110
QUADRO 43 - 5.10Mi – PERCENTAGEM DE HIPERTENSOS COM PELO MENOS UMA AVALIAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL EM CADA SEMESTRE.....	111
QUADRO 44 - 6.1M1 – PERCENTAGEM DE CRIANÇAS COM PNV ACTUALIZADO AOS 2 ANOS	112
QUADRO 45 - 6.1M2 – PERCENTAGEM DE CRIANÇAS COM PNV ACTUALIZADO AOS 6 ANOS	113
QUADRO 46 - 6.12 – PERCENTAGEM DE PRIMEIRAS CONSULTAS NA VIDA EFECTUADAS ATÉ AOS 28 DIAS.....	114
QUADRO 47 - 6.9M – PERCENTAGEM DE PRIMEIRAS CONSULTAS DE GRAVIDEZ NO PRIMEIRO TRIMESTRE	115
QUADRO 48 - 7.6 D1 – CUSTO MÉDIO DE MEDICAMENTOS FACTURADO (PVP) POR UTILIZADOR SNS	116
QUADRO 49 - 7.7 D1 – CUSTO MÉDIO COM MCDT FACTURADO POR UTILIZADOR	117

Abreviaturas

ACeS	Agrupamentos de Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CMO	Câmara Municipal de Oeiras
CSLV	Centro de Saúde de Linda-a-Velha
CSO	Centro de Saúde de Oeiras
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTH	Consulta a Tempo e Horas
INS	Inquérito Nacional de Saúde
HbA1C	Hemoglobina A1C
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
NPM	<i>New Public Management</i>
PNV	Plano Nacional de Vacinação
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SSP	Sistema Saúde Português
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública

I – Introdução

A realização deste estudo integra-se no âmbito do Mestrado em Administração Pública – MPA com especialização na área da Saúde. Os seus objectivos são: (1) analisar os resultados em saúde obtidos pelas unidades funcionais - Unidades de Saúde Familiares (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) - criadas recentemente com a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, durante a vigência do XVII Governo Constitucional, executada pela Missão dos Cuidados de Saúde Primários (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 22 de Setembro); (2) discutir alguns dos conceitos teóricos da *New Public Management (NPM)* sobre a avaliação de desempenho; (3) realizar uma avaliação do funcionamento dos dois tipos de unidades referidos, considerando os valores alcançados nos indicadores contratualizados entre as unidades funcionais e o ACeS.

As unidades de saúde a estudar pertencem ao Agrupamento de Centros de Saúde de Oeiras (ACeS Oeiras). A escolha deste agrupamento para estudo prende-se com a importância da sua área de influência, o Concelho de Oeiras, com mais de 172 mil habitantes e que desde o final do século XX ocupa a primeira posição económica e com o maior índice de poder de compra na Área Metropolitana de Lisboa, (Oeiras C. M., 2009) (INE) e com a facilidade de acesso à informação.

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários de 2005 introduziu alguns dos instrumentos fundamentais do *New Public Management*, que passam pela avaliação do desempenho em função dos resultados; a defesa de uma maior autonomia de decisão para os dirigentes públicos e maior flexibilidade nos instrumentos de gestão; a procura da qualidade nos serviços públicos e a eficiência, um sistema menos dispendioso e mais produtivo (Carvalho E. R., 2007).

É com base nestes instrumentos que se vai realizar a análise do objecto de estudo (USF e as UCSP) porque, sendo unidades funcionais com aspectos similares, no que respeita à sua composição, são diferentes no que concerne à organização e formação (Saúde M. d., Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007).

Estas unidades multiprofissionais distinguem-se, porque umas se organizaram entre si de forma voluntária em verdadeiro trabalho de equipa, e as outras não. A relevância deste estudo está na necessidade de se saber se estas diferenças nas unidades resultam, ou não no melhor desempenho assistencial, satisfação dos utentes, melhoria do acesso e maior eficiência.

O presente estudo, debruça-se sobre os dados referentes ao triénio 2009-2011 por ser nele que se iniciou a implementação do ACeS de Oeiras. Analisa-se a evolução dos indicadores de desempenho contratualizados entre as unidades funcionais e o ACeS, bem como a satisfação dos seus utentes, segundo os resultados publicados de um estudo de satisfação, realizado em 2010. O nosso objectivo, é analisar seis dos quinze indicadores comuns aos dois tipos de unidades funcionais. Este objectivo irá permitir responder à questão: Obtiveram as USF melhores resultados que as UCSP no triénio em análise, no que concerne à melhoria do acesso aos cuidados, no desempenho assistencial, da satisfação dos utentes e à maior eficiência?

Tendo em vista uma melhor compreensão da evolução da população que é abrangida pelo ACeS de Oeiras, serão também apresentados dados sociodemográficos relativos aos anos de 2007 a 2011.

Este estudo irá ser apresentado em 7 capítulos. No primeiro iremos realizar uma pequena introdução ao nosso trabalho, apresentando a razão da sua elaboração. No segundo capítulo, uma abordagem ao *New Public Management* e como este foi importante para a reforma dos CSP. Apresentaremos ainda uma resenha sobre a história do sistema de saúde português e sobre actual reforma dos CSP. No terceiro capítulo, iremos caracterizar o nosso objecto de estudo, o ACeS de Oeiras, apresentando o concelho onde se situa, bem como alguns estudos realizados no âmbito da saúde naquela região. Neste capítulo, apresentaremos ainda os nossos objectivos. No quarto capítulo abordaremos as análises dos dados, com a respectiva crítica. No quinto capítulo apresentaremos a discussão dos resultados e a limitação do estudo. No sexto capítulo, apresentaremos as conclusões e no sétimo e último capítulo as nossas sugestões.

I.I – Cuidados de Saúde Primários: 1999-2011

Na evolução da organização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal, existiram vários projectos anteriores às USF, tentativas implementadas pelos profissionais dos centros de saúde que visavam testar novos modelos de trabalho em equipa, sendo os mais conhecidos o “Projecto Alfa” e o “Regime Remuneratório Experimental (RRE)”.

O “Projecto Alfa”, iniciou-se em 1996 na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), em grande parte devido à insatisfação dos utentes, mas também ao descontentamento dos profissionais. Segundo (Conceição, Fronteira, Hipólito, Lerberghe, & Ferrinho, 2005), surgiu numa época em que a subida de custos com a saúde mantinha o Ministério da Saúde e o Governo abertos a sugestões de alteração no Serviço Nacional de Saúde (SNS) que aumentassem a sua eficiência. Este projecto, foi levado a cabo por equipas multiprofissionais que tinham um compromisso sustentado em objectivos delineados e acordados com a administração. A finalidade era a obtenção de maior acessibilidade e mais qualidade nos cuidados prestados. A ARSLVT, pretendia com este projecto melhorar a saúde e o bem-estar da população, bem como melhorar a satisfação e a motivação dos profissionais aderentes ao projecto. Em relação aos profissionais, existia a pretensão de diminuir a carga burocrática, incrementar a coordenação entre os cuidados primários, obter uma maior autonomia profissional e aumentar a responsabilização.

O “Projecto Alfa”, iniciou-se com um universo de 30 grupos, dos quais nove não apresentaram projectos consistentes pelo que não foram implementados. Desta experiência resultou uma melhoria da oferta dos cuidados, com um incremento dos cuidados médicos e de enfermagem ao domicílio, na acessibilidade e na satisfação dos profissionais e dos utentes (Conceição et al, 2005). Este trabalho evoluiu para o projecto RRE. No entanto, segundo Conceição et al. (2005 p. 57), nem todos os grupos que estavam inseridos no “Projecto Alfa” passaram para os grupos RRE porque “surge o problema do sistema remuneratório não se aplicar a todos os membros do grupo Alfa em funcionamento.” e “Outro problema, ..., é o da liderança dos médicos neste trabalho de equipa. ...”

O projecto RRE surgiu em 1998 e tinha como objectivos (1) melhorar a acessibilidade do cidadão aos CSP, (2) melhorar a qualidade das práticas assistenciais e (3) aproximar o utente ao sistema, humanizando o contacto. O Decreto-Lei n.º 117/98 de 5 de Maio descreve no seu preâmbulo que a natureza da experiência do RRE é um esforço de melhoria contínua da qualidade (Avaliação, 2004). No cômputo geral, o RRE evidenciou a importância da avaliação através de indicadores, porque enfatizou o desempenho, a responsabilidade individual e da equipa, bem como a eficiência obtida em todo o processo tendo em vista obter ganhos e satisfação significativos para os utentes. Por serem a porta de entrada para o sistema de saúde, reveste-se de crucial importância, e a acessibilidade têm de traduzir uma boa organização de todas as unidades de saúde (Saúde & Saúde, 2008). Apesar de o XV Governo Constitucional ter adoptado novas orientações (Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de Abril), a instabilidade política levou a que este projecto se mantivesse até inícios de 2006.

Em 2005, o XVII Governo Constitucional considerou os CSP como o pilar central do sistema de saúde. Considerando que o RRE tinha resultado em “significativos aumentos em disponibilidade, acessibilidade, produtividade, eficácia/qualidade técnica e satisfação dos utentes e dos profissionais, bem como na redução dos custos em medicamentos e meios complementares de diagnóstico” (Saúde M. d., 2006, p. 788), foi definida a necessidade de aprofundar a monitorização e avaliação deste projecto. Com base nos dados obtidos foi implementada uma profunda reforma que tinha como objectivos (1) colocar o utente como o centro de todo o sistema e (2) alcançar uma gestão eficiente para o SNS. A forma escolhida para alcançar estes objectivos baseou-se na criação de USF, unidades com autonomia administrativa, técnica e funcional e que tinham como finalidade a prestação de serviços de qualidade e de proximidade. De acordo com o Despacho Normativo n.º 9/2006 de 12 de Janeiro de 2006, que veio implementar as USF, previamente previstas no Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, artigo 10º - 1 alínea a), este movimento pretendia estabelecer um sistema retributivo com base na produtividade, acessibilidade e qualidade, enfatizando que as experiências anteriores seriam relevantes para todo o processo.

Neste sentido, e antes da entrada em vigor de novas directivas, o RRE foi prorrogado por mais seis meses com o Decreto-Lei n.º 23/2006 de 2 de Fevereiro, artigo 21, que além de indiciar que já estavam indicados os pontos a aperfeiçoar e a reformular, também, evidenciou que

seria o tempo necessário à Missão dos Cuidados de Saúde Primários para terminar os trabalhos em curso.

Posteriormente, a reforma em curso, conduziu a um duplo movimento ao criar os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) (Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro). Este novo elemento, possui autonomia administrativa e opera com diversas unidades funcionais, que podem ser de um ou mais centros de saúde. As unidades funcionais são: Unidades de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Todas estas equipas funcionais, são multiprofissionais e com autonomia organizativa e técnica.

Esta reforma veio, finalmente, concretizar o objectivo presente no artigo 3º - alínea 1ª do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que era a atribuição de autonomia administrativa e financeira aos centros de saúde, visando criar uma gestão mais rigorosa e uma hierarquia técnico-assistencial capaz de influenciar o desempenho dos profissionais e das respectivas equipas (Saúde M. d., 1999). No entanto, segundo Miguel, este objectivo nunca foi implementado, “...nem mesmo após a criação do grupo nacional e dos grupos regionais de “Apoio à Implementação dos Centros de Saúde de Terceira Geração”.” (Simões, 2010, p. 365). No fundo, os ACeS têm como objectivo a obtenção de eficiência e economia de escala, aplicados à agregação de recursos e das estruturas de gestão (Pisco, 2011) (Ministros, 2005).

II – Conceptualização – moldura teórica

II.I – Enquadramento geral

Neste trabalho de investigação, faremos uma breve introdução sobre o *New Public Management*, uma vez que a avaliação de desempenho foi uma medida desta doutrina (Carvalho E. R., 2001) e, porque “o NPM contribuiu para a reinvenção dos serviços públicos prestadores de cuidados e dos papéis desempenhados pelos gestores da área da saúde... com enfoque acrescido... nos resultados (em vez de nos meios), através do incentivo a formas de actuação mais “empresariais” (Simões, 2010, p. 428).

Iremos analisar a evolução do Sistema de Saúde Português (SSP) ao longo dos anos e, posteriormente faremos uma resenha da reforma dos cuidados de saúde primários até aos dias de hoje.

New Public Management e as suas origens

Após a II Guerra Mundial, surgiu o Modelo Profissional da Administração Pública que tinha como base, o conceito que uma das funções do Estado era a promoção da produção de bens e a prestação de serviços públicos. No entanto, alterações sociodemográficas como o *baby boom* que levou ao aumento da população jovem, o aumento do nível médio de vida e, o investimento nas áreas da educação e da saúde levaram a uma subida dos gastos do Sector Público, os quais, associados a crises económicas globais como o choque petrolífero, que afectou todos os países industrializados na década de 70, levou a um abrandamento económico, a uma crise fiscal e consequentemente ao incremento no défice público. Esta situação que provocou um aumento dos níveis de desemprego, devido à diminuição da produtividade, conduziu a um aumento dos gastos públicos destinados ao sustento dos indivíduos e culminou com o colapso da *Public Administration* na década de 1970 (Silvestre, 2010) e a evolução para a *Public Management* (Bilhim, 2008).

Managerialismo

O paradigma da *Public Administration* foi sucedido pelo paradigma da *Public Management*. A razão desta mudança de direcção, esteve relacionada com o aparecimento de novas convicções que foram designadas por Managerialismo. O Managerialismo surgiu após a crise petrolífera dos anos 1970. Este acontecimento, fez com que a Administração Pública tivesse que efectuar uma reforma profunda, que foi encarada como uma mudança de paradigma (Carvalho 2008). Esta reforma, incidiu sobre o tamanho excessivo da máquina burocrática que nessa altura estava sem controlo e, provocava desperdícios dos recursos públicos. O Managerialismo é definido como um conjunto de práticas, raramente testadas, fundadas na crença de que uma melhor gestão, é a solução eficaz para um vasto campo de males económicos e sociais. Defendia a obtenção de produtividade económica através de um percurso direccionado para o progresso social; a aplicação de tecnologias de informação e comunicação (nessa altura em franca expansão e desenvolvimento); a existência de disciplina no seio dos recursos humanos; o reconhecimento do papel da gestão no seio da administração pública, visando o planeamento, a implementação e monitorização das melhorias de produtividade requeridas, neste sentido, o papel dos gestores é crucial para o sucesso. (Carvalho E. R., 2001) e (Bilhim, 2008).

O Managerialismo teve um impacto significativo na administração pública e, foi por isso traduzido em dois movimentos idênticos: *New Public Management* e *Reinventing Government*. Isto porque a partir da década de 1980, se desenvolveu a ideia de que os bons gestores possuem as mesmas tarefas e capacidades, independentemente do sector onde se encontram (J. Stewart e S. Ranson cit in Bilhim, 2008). Neste estudo, iremos abordar o *New Public Management*, por este ser aplicado na Europa.

New Public Management

O aparecimento do *New Public Management* resultou do casamento dos conceitos do Managerialismo com os da Teoria da Escolha Pública e da Economia Institucional (Hodge, 2000) e, tem como princípios gerais as capacidades de gestão, as metas de desempenho

quantificadas, a descentralização, a separação entre a política e a utilização das práticas do sector privado, a preferência pela propriedade privada, a utilização da subcontratação e a contestação na prestação de serviços públicos.

O *NPM* teve origem em quatro mega tendências administrativas (Hood, 1991):

- Abrandamento/reversão do crescimento do sector administrativo, devido ao crescimento da despesa pública e do número de funcionários;
- Mudança de rumo para a privatização e quase-privatização, um afastamento das instituições governamentais com uma ênfase renovada na subsidiariedade na provisão de serviços;
- Desenvolvimento da automação, em particular das tecnologias de informação, na produção e distribuição dos serviços públicos;
- Crescimento de uma agenda internacional, focada nas questões gerais da administração pública, da concepção de políticas, dos estilos de gestão e cooperação entre governos, relegando a “velha” tradição da especificidade da Administração Pública nacional.

As suas componentes doutrinárias são:

Quadro 1 - Componentes Doutrinárias do *New Public Management*

N.º	Doutrina	Significado	Justificação Típica
1	Profissionalização da gestão das organizações públicas.	Gestores bem visíveis no topo das organizações, com liberdade de gerir e poder discricionário.	A responsabilidade requer concentração de autoridade e não difusão do poder.
2	<i>Standards</i> explícitos e a medida de performance.	Objectivos bem definidos e mensuráveis como indicadores de sucesso.	Responsabilidade significa objectivos claramente definidos; eficiência necessita de atenção aos objectivos.
3	Ênfase no controlo de <i>outputs</i> .	Alocação de recursos e recompensas com ligação à performance.	Necessidade de insistir nos resultados e não nos processos.
4	Viragem no sentido de desagregação das unidades do sector público.	Divisão do sector público em unidades corporizadas, organizadas por produtos, com orçamentos próprios e com negociação com cada uma delas.	Tornar unidades capazes de serem geridas; separar provisão de produção, usando contratos e <i>franchises</i> dentro e fora do sector público.

5	Insuflar competição no sector público.	Mudança no sentido de contratos a prazo.	A competição é a chave para baixar custos e melhorar <i>standards</i> .
6	Insistência em estilos de gestão e práticas de gestão privada.	Mudança dum estilo de serviço público militar para um mais flexível, quanto aos salários e duração dos contratos.	Necessidade de introduzir instrumentos de gestão empresarial no sector público.
7	Insistência na parcimónia e disciplina no uso de recursos	Cortar custos, aumentar a disciplina de trabalho.	Necessidade de verificar a procura de recursos do sector público e fazer mais com menos.

Fonte: (Rocha, 2010, p. 29) – Hood (1996)

Destas componentes doutrinárias resultaram conceitos-chaves para a reforma do sector público, tais como: (1) serviço a clientes; (2) liderança e empreendedorismo; (3) competição; (4) contratualização; (5) governação através da criação de redes e parcerias entre as organizações públicas e organizações privadas e do terceiro sector; (6) ênfase no *Value-for-money*, formado pela máxima da economia, eficiência e *effectiveness*; (7) reengenharia governamental separando a política da gestão, possibilitando aos gestores maior autonomia na prossecução do interesse público; (8) ênfase nos *outcomes* em detrimento dos *inputs*; (9) medição da qualidade na prestação dos serviços públicos; (10) responsabilização perante os políticos e/ou o eleitorado; (11) e remuneração através da adopção de sistemas de desempenho que se baseiem em resultados (Silvestre, 2010).

O *New Public Management*, segundo Pollitt, sofreu algumas críticas no que respeita à aplicação dos conceitos e técnicas de gestão do sector privado no sector público. Isto prende-se com o facto de o sector público e o sector privado possuírem diferenças incontornáveis que condicionam a aplicação das mesmas.

Para Pollitt, esses factores são:

- A responsabilidade perante os representantes eleitos;
- Os múltiplos e conflituosos objectivos e prioridades;
- A ausência ou raridade de organizações em competição;
- A relação oferta/rendimento;
- Os processos orientados para o cliente/cidadão;

- A gestão do pessoal;
- O enquadramento legal (Bilhim, 2008).

New Public Management nos países da OCDE

O *New Public Management*, na década de 1980, traduzia as orientações que dariam resposta aos objectivos aspirados pelas grandes potências, Reino Unido (Margareth Thatcher), Estados Unidos da América (Ronald Reagan), Nova Zelândia (David Lange e Sir Geoffrey Palmer) e Austrália (Robert Hawke). Pretendiam alcançar uma Administração Pública mais eficaz através de um Estado minimalista e, para este efeito seria importante que as resoluções levassem em atenção dois factores: a orientação para o cidadão que era visto como um cliente; a privatização e a flexibilidade ao nível da gestão (Carvalho E. R., 2008).

Embora com estas influências, a implementação do *New Public Management* não foi similar em todos os países, porque apesar dos objectivos pretendidos como, a diminuição da despesa pública; aumento da eficiência; bem como da qualidade e da *accountability*, a sua aplicabilidade dependia das escolhas intencionais por parte dos dirigentes da Administração Pública. Assim as medidas a implementar seriam compostas por diversos elementos como:

- A avaliação de desempenho que era obtida através da mensuração de objectivos alcançados e era direccionada para os serviços e para os recursos humanos - “*what gets measured, gets managed*”;
 - Ênfase no controlo dos resultados, em detrimento dos *inputs* e processos;
 - Introdução de mecanismos conducentes à competição na provisão de bens e serviços.
- (Carvalho E. R., 2008).

Dos países da OCDE, mencionaremos apenas, resumidamente, o caso do Reino Unido, porque foi com base no seu modelo que Portugal efectuou a reforma do sector público em 1986. (Silvestre, 2010).

No Reino Unido, a reforma segundo o *New Public Management*, surgiu em 1979, durante a governação de Margareth Thatcher e teve como principais motes os impostos dos

contribuintes, a relação entre os *inputs* e os *outputs* e as medidas de desempenho com ênfase na eficiência, na descentralização e na gestão de qualidade. A eficiência poder-se-á dividir em duas fases, uma que vai desde 1979 até 1984, na primeira eleição de *Thatcher* e que ficou marcada pela introdução do *Financial Management Initiative*. A segunda que teve início em 1984, com o seu segundo mandato, teve como principal medida a privatização. Em 1988, iniciou a descentralização com a implementação do relatório *Improving Management in Government: The Next Steps* e, por último, a gestão da qualidade desenvolvida em 1991 com o *Citizen's Charter* (Silvestre, 2010).

O New Public Management em Portugal

O *New Public Management* surge em Portugal, na segunda metade da década de 1980, através do X Governo Constitucional que pretendia com esta medida a resolução de um problema existente: “O predomínio de um modelo burocrático na Administração Pública moroso na resolução das necessidades das empresas e cidadãos e determinante de um desenvolvimento económico e social muito gradual” (Carvalho E. R., 2007). Os factores que proporcionaram esta implementação foram o fim do isolamento do país (fim do Estado Novo), a entrada para a Comunidade Económica Europeia em 1986, estabilidade governamental (1985-1995), e o aparecimento de novos entendimentos sobre o papel do Estado na sociedade (Carvalho E. R., 2008). Para além disso, defendia-se que, a acção da gestão profissional, tinha influências no resultado da avaliação do desempenho, na orientação para os resultados, na introdução de mecanismos de competição e na relevância dada ao papel do cliente como meio conducente a uma maior qualidade e a um menor custo (Carvalho E. R., 2001).

O X Governo Constitucional, presidido por Cavaco Silva, sem maioria parlamentar, já encarava os instrumentos de gestão pública como vitais para o sucesso da reforma administrativa. No entanto, só se proporcionou seguir com o propósito durante o XI Governo Constitucional, aquando da primeira maioria parlamentar em Portugal uma vez que anteriormente, os governos constitucionais, eram minoritários ou de coligação. A combinação desta estabilidade governamental, com a diminuição da pressão da crise económica consequente das medidas de austeridade incutidas pelo Fundo Monetário Internacional (factura assumida pelos governos anteriores) e o acesso a fundos comunitários decorrentes da

entrada de Portugal para a Comunidade Económica Europeia em 1986, permitiu iniciar a reforma através das ideias do *New Public Management*. Finalmente, a mudança do papel do Estado na sociedade, resultante das pressões económicas e sociais, do fim do isolamento do país durante o Estado Novo, e da ansiedade na aquisição de novas experiências que foram activamente recebidas pelos quadros dirigentes com responsabilidades na reforma (Carvalho E. R., 2007).

A reforma da administração pública, passa por uma modernização administrativa que é implementada segundo uma visão gestionária, onde o Estado passa a ter o papel de regulador em vez de intervencionista e, a sua estrutura administrativa passa por uma desburocratização que visa a aproximação do cidadão à administração pública (Carvalho E. R., 2008).

As medidas implementadas a partir do X Governo e até ao XVII Governo Constitucional foram a avaliação de desempenho, a autonomia de gestão, a agencificação, a qualidade, a eficiência, a eficácia, a privatização, o estado regulador e as tecnologias de informação como inovação. No entanto, nem todas as medidas foram implementadas em todos os governos, sendo estas uma opção de cada um.

O XVII Governo Constitucional (2005-2009), quando implementou a reforma dos cuidados de saúde primários, tinha como medidas baseadas no *New Public Management*, a avaliação de desempenho, a autonomia de gestão, a qualidade, a eficiência, a eficácia, o estado regulador e as tecnologias de informação como inovação (Carvalho E. R., 2007). Os meios escolhidos foram a organização da Administração Pública através da sua reestruturação e descentralização; a gestão empresarial através de novas técnicas de gestão empresarial e através da implementação da gestão por objectivos e dos sistemas de avaliação de desempenho dos funcionários e dos serviços; a gestão dos recursos humanos e por último a desburocratização e melhoria da qualidade através da simplificação administrativa (Carvalho E. R., 2007).

II. II – Resenha histórica do Sistema de Saúde Português

A Declaração de Alma Ata, desde 1978, passou a caracterizar os cuidados de saúde primários como sendo “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a plena participação e a um custo que a comunidade e o País podem manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o SNS, pelo qual os cuidados são levados o mais proximamente possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (Campos & Simões, 2011, p. 186).

O sistema de saúde português é assente no modelo *beveridgeano*, que é baseado em receitas fiscais e em serviços públicos (Harfouche, 2008) .

Os sistemas de saúde actuais desenvolveram-se a partir dos modelos *bismarckiano* e *beveridgeano*, que perduram até aos dias de hoje, mas já sem os seus traços mais puros (Harfouche, 2008).

O sistema *bismarckiano* teve a sua origem na Alemanha Imperial, no final do século XIX, através do Chanceler Bismarck. Este tinha como objetivo, colmatar a miséria e proletarização resultante da industrialização do século XIX, por isso, lançou um sistema de saúde social obrigatório para o qual contribuíam patrões, trabalhadores e Estado, constituindo o primeiro modelo de segurança social imposto pelo Estado. Desta forma, Bismarck chamou a atenção para a resolução dos problemas sociais. O modelo criado por si expandiu-se depois a outros países europeus.

O sistema *beveridgeano* foi apresentado no Reino Unido em 1942 ao Parlamento. Baseado em quatro princípios básicos: o acesso universal; a inclusão de todos os tratamentos; a gratuitidade e o financiamento pelo orçamento geral do Estado. Teve o seu início em 1948, com a criação do *National Health Service*. Neste modelo, a procura é representada pelas

autoridades públicas do sector da saúde, e a oferta pelos prestadores desses serviços. Nos países, onde predomina o modelo de Beveridge, os poderes públicos estão envolvidos directamente no planeamento e gestão dos serviços de saúde, com sistemas integrados de financiamento e prestação de cuidados. Esta manutenção do Estado como entidade central do sistema, tornou-se obsoleta, pelo que o Reino Unido para contrariar este envolvimento directo do Estado, iniciou a um processo de separação entre o financiamento e a prestação de cuidados de saúde (Harfouche, 2008).

Portugal, tem assim um SSP inspirado no modelo *beveridgeano*, em que a prestação de cuidados e o financiamento se fazem, principalmente, no contexto do sector público. A universalização do acesso aos serviços de saúde é conseguida através de um sistema público financiado pelos impostos públicos e, não por quotizações indexadas sobre rendimentos de trabalho. Ou seja, caracteriza-se por beneficiar todos os cidadãos e residentes, independentemente da sua situação profissional. O interesse colectivo prevalece sobre o individual, difundindo-se a todos uma ideia de segurança, não por contribuição, mas por direito de cidadania (Campos A. C., 2008).

Até à criação do SNS, em Portugal, que ocorreu em 1979, a assistência médica competia às famílias, a instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Previdência.

O Sistema de Saúde português encetou diversas reformas entre 1899 e os dias de hoje, de que apresentamos uma breve resenha, baseada no trabalho de Biscaia et al de 2008 (Biscaia, Martins, Carreira, Gonçalves, Antunes, & Ferrinho, 2008) e de Campos & Simões de 2011 (Campos & Simões, 2011).

1899 - Ricardo Jorge criou os serviços de Saúde Pública, que entrou em vigor em 1903. A prestação de cuidados de saúde tinha carácter privado, cabendo ao Estado a assistência aos pobres.

1945 - Publicação do Decreto-Lei n.º 35108/45, de 7 de Novembro - Reconhecimento da debilidade da situação sanitária do País e da necessidade de uma resposta do Estado para casos específicos como a saúde materna e a tuberculose.

1946 - Publicação da Lei n.º 2011/46, de 2 de Abril - Estabelece a organização dos serviços prestadores de cuidados, produzindo a base para uma rede hospitalar. Iniciou-se um programa de construção de Hospitais que viriam a ser entregues às Misericórdias.

1958 - Criação do Ministério da Saúde e da Assistência, através da publicação do Decreto-lei n.º 41825/58, de 13 de Agosto, que tutela os serviços de Saúde Pública e os serviços de Assistência Pública.

1963 - Promulgação das bases da política da saúde, Lei n.º 2120/63, de 19 de Julho. Atribuição das competências ao Estado: organização e manutenção dos serviços que devido à sua complexidade ou ao interesse nacional não possam ser entregues aos particulares.

1945-1967 - O Estado reconhece as suas responsabilidades na Saúde e passa a assumir um papel na prestação de cuidados de saúde.

1968-1974 - Emergem os Cuidados de Saúde Primários com a criação dos «Centros de Saúde de 1ª Geração» e inicia-se a implementação da Carreira de Clínica Geral.

1971 - Surge o primeiro ante-projecto do SNS, com a publicação do Decreto-lei 413/71, de 27 de Setembro, que promulga a organização do Ministério da Saúde, reconhecendo o direito à saúde para todos os portugueses, através de uma política da responsabilidade do Ministério da Saúde. Dá-se a integração de todas as actividades de saúde e assistência existentes, bem como o planeamento dessas actividades.

1973 - Através do Decreto-lei n.º 584/73, de 6 de Novembro, surge o Ministério da Saúde.

1974 - No Decreto-lei n.º 203/74 de 15 de Maio foram publicados os objectivos principais da acção do governo, uma nova política económica, e uma nova política social. Foi também divulgado o lançamento das bases para a criação de um serviço nacional de saúde, acessível a todos os cidadãos.

1976 - A Constituição da República Portuguesa (CRP) consagrada no n.º 1 do seu artigo 64.º “Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”. Esse direito é efectivado através da criação de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e gratuito. Ao Estado compete garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação.

1978 - Pelo Despacho Ministerial “Despacho de Arnaut”, de 29 de Julho, é garantida a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde bem como a comparticipação de medicamentos.

1979 - Criação do SNS, através da Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro. Estabelece que o SNS desfruta de autonomia administrativa e financeira. O acesso é acautelado a todos os cidadãos independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em determinadas condições.

Considera a hipótese da criação de taxas moderadoras a fim de racionalizar a utilização dos serviços. Segundo Campos & Simões (2011 pág. 122) “Este diploma representou o primeiro modelo político de regulamentação do artigo 64º da Constituição, defendendo um conjunto coerente de princípios, dos quais se destaca a direcção unificada do Serviço Nacional de Saúde, a gestão descentralizada e participada e ainda a gratuidade e o carácter supletivo do sector privado”.

1982 - Criação das Administrações Regionais de Saúde (ARS), pelo Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho.

1974-1984 - Consolidam-se os CSP e a saúde passa a ser um direito dos cidadãos. Surge o SNS suportado numa rede de centros de saúde (de 2ª geração integrando cuidados preventivos, curativos e de promoção da saúde) a nível nacional. Criam-se os Institutos de Clínica Geral, a Formação Específica em Exercício e o Internato Complementar de Clínica Geral.

1985-1994 - Reforça-se o conceito de gestão dos serviços como reacção às crescentes despesas com a Saúde. Tenta-se uma maior separação entre o sector público e privado. A saúde passa a ser «tendencialmente gratuita». Aparecem os Departamentos de Clínica Geral nas Faculdades de Medicina.

1989 - Coloca-se ênfase no princípio de justiça social e de racionalização dos recursos através da 2.^a Revisão Constitucional, a alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º é objecto de alteração, estabelecendo que o direito à protecção da saúde é realizado através de um SNS “universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.

1990 - Aprovação da Lei de Bases da Saúde em 24 de Agosto de 1990, fundamentada pela Lei n.º 48/90 e, pela primeira vez, a protecção da saúde é perspectivada não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados. Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, então sob fiscalização deste, por outras entidades públicas, privadas, com ou sem fins lucrativos. A Base XXXIV antevê que possam ser cobradas taxas moderadoras, com o objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde.

1992 - O Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de Abril, estabelece o regime de taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência, às consultas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório. Estabelece igualmente as situações possíveis de isenção de taxas moderadoras. Assegura que as receitas arrecadadas com o pagamento parcial do custo dos actos médicos constituirão receita do SNS, contribuindo para o aumento da eficiência e qualidade dos serviços prestados a todos e, em especial, dos que são fornecidos gratuitamente aos mais desfavorecidos.

1993 - Publicação do Novo Estatuto do SNS, através do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, que viabiliza a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais.

1995-2001 - Dá-se maior atenção à gestão do sistema. Surge a primeira estratégia da saúde para Portugal.

1997 - É apresentado pelo Ministério da Saúde o documento “Saúde, um Compromisso. A Estratégia de Saúde para o virar do Século (1998-2002)”. Revisto em 1999 e que destacava três ideias-chaves: a contratualização, nova administração da saúde com a reforma dos centros de saúde e a remuneração dos profissionais associada ao desempenho.

1998-2002 - Surgem experiências de novas formas de organizar a prestação de cuidados de saúde por médicos de Medicina Geral e Familiar. Cria-se o Instituto da Qualidade em Saúde que visa a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

1999 - Criação das agências de contratualização dos serviços de saúde, Despacho Normativo n.º 61/99, de 11 de Setembro. Estas agências sucedem às agências de acompanhamento dos serviços de saúde, criadas pelo Despacho Normativo n.º 46/97, marcando a distinção entre prestação e financiamento dos cuidados de saúde. Às agências de contratualização compete explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade, com vista a assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e a máxima eficiência e equidade nos cuidados de saúde a prestar.

2002 - Aprovação do novo regime de gestão hospitalar através da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, aplicado aos estabelecimentos hospitalares que integram a rede de prestação de cuidados de saúde dando expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE). Com este diploma são portanto introduzidas modificações profundas na Lei de Bases da Saúde.

2002-2005 - Reinventam-se os cuidados hospitalares com nova legislação sobre gestão hospitalar e os hospitais-empresa. É apresentado o Plano Nacional de Saúde 2004- 2010.

2003 - Criação da rede e cuidados de saúde primários através do Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril que tinha como objectivo a aproximação dos cidadãos, uma prestação mais eficiente, justa e solidária.

2007 - Surgimento das primeiras Unidades de Saúde Familiar. O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, determina o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos. Este regime tem como objectivo a obtenção de ganhos em saúde.

2008 - Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. Verifica-se assim a progressão da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, em que o principal objectivo é a estabilidade na organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo assim uma gestão rigorosa e equilibrada e consequentemente a melhoria no acesso aos cuidados de saúde (Saúde M. d.).

Estes diplomas criaram os mecanismos de modernização e flexibilização do SNS, na procura da eficiência, cada vez mais necessária, num âmbito de equilíbrio da despesa pública (Harfouche, 2008).

Esta necessidade de controlo da despesa pública tem provocado uma mudança na cultura do sector público, traduzida na preocupação com a melhoria da produtividade e da eficiência (Harfouche, 2008).

II.III – Reforma actual dos Cuidados de Saúde Primários

Os Cuidados de Saúde Primários, tiveram como influência, movimentos que existiram desde o século XIX nos Estados Unidos da América, conforme, citado por Biscaia “O Movimento dos Centros de Saúde vem do Século XIX com o surgimento dos dispensários gratuitos e clínicas preventivas que tinham um âmbito comunitário e providenciavam cuidados às populações mais desfavorecidas e aos imigrantes” e posteriormente pelo movimento que

ocorreu já no século XX, em que os centros de saúde eram instituições, direccionadas para o serviço público, de cuidados preventivos e de promoção da saúde, localizados por distritos, com a participação da comunidade e uma organização estruturada, baseada na eficiência e coordenação (Biscaia et al, 2008, p. 32).

III – Contexto e Modelo de Análise

III.I – Caracterização do Estudo de Caso: ACeS Oeiras

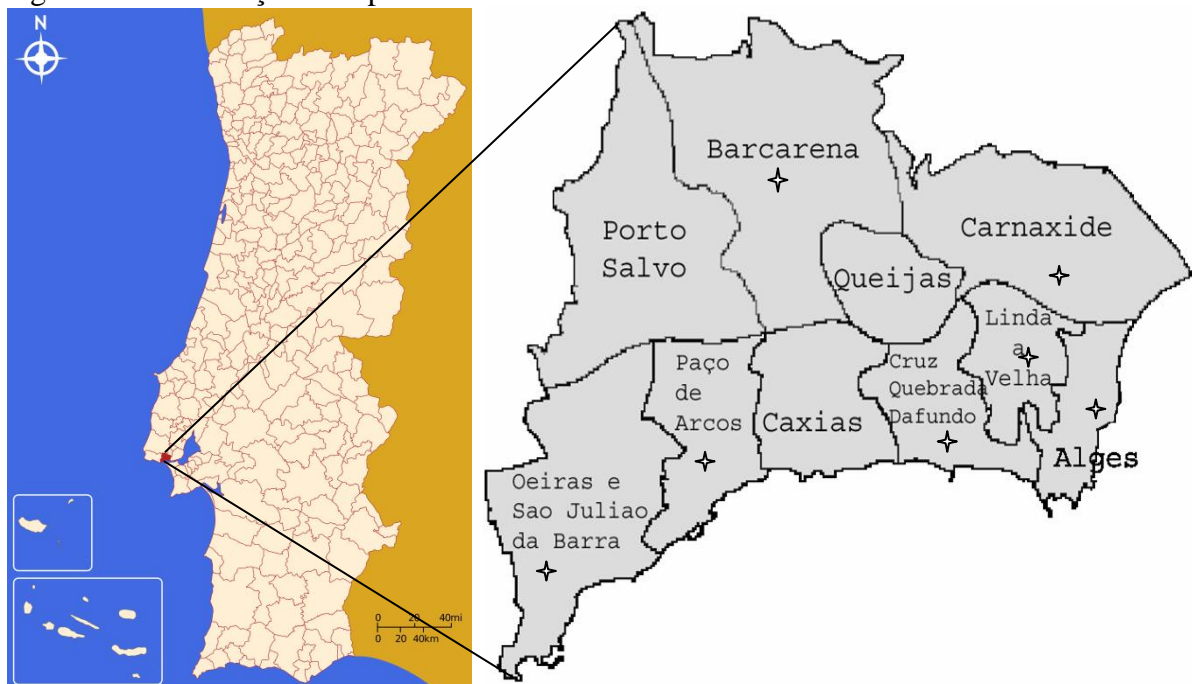
III.I.I - Concelho de Oeiras

O ACeS Oeiras, localiza-se no Concelho de Oeiras e, é composto por dois Centros de Saúde, o Centro de Saúde de Carnaxide e o Centro de Saúde de Oeiras, o primeiro a funcionar desde 1973 e o último desde 1982. Caracterizaremos de seguida o concelho onde se insere.

Caracterização Territorial

O Concelho de Oeiras foi criado em 13 de Julho de 1759 por Carta Régia de D. José I e actualmente tem uma área de 46 km². Pertence à área metropolitana de Lisboa e encontra-se delimitado pelo Concelho de Lisboa a este, Amadora e Sintra a norte e Cascais a oeste. A sul, está confinado com o estuário do Tejo (Oeiras M. d., 2010).

Figura 1 – Localização e mapa do Concelho de Oeiras.



Fontes: Mapa de Portugal:

<http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/5/51/LocalOeiras.svg/2000px->

[LocalOeiras.svg.png](#) (acedido a 31/03/2013) Mapa das freguesias do Concelho de Oeiras:
http://1.bp.blogspot.com/_KbMt9pddCH4/TOg_nqus6OI/AAAAAAAAABk/vknuOc0wbNU/s1600/Mapa_freguesias_Oeiras.jpg (acedido a 31/03/2013)

Legenda:✦ freguesias onde se localizam as unidades funcionais pertencentes ao ACES Oeiras

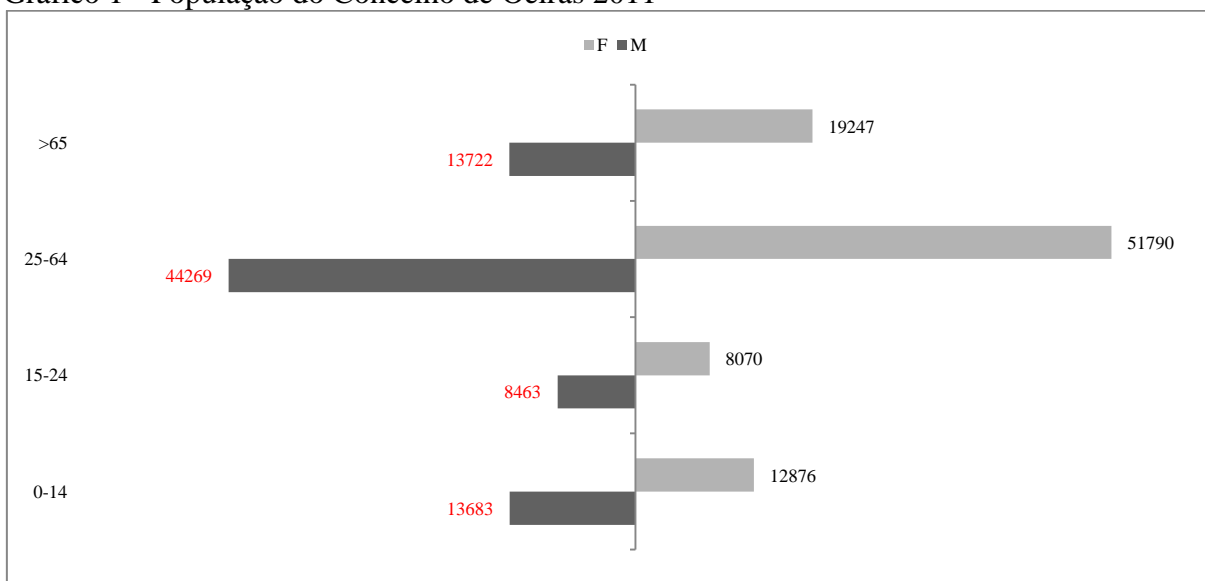
O Concelho de Oeiras (Fig. 1) é composto por 10 freguesias (Algés, Barcarena, Carnaxide, Caxias, Cruz Quebrada/Dafundo, Linda-a-Velha, Oeiras e São Julião da Barra, Paço de Arcos, Porto Salvo e Queijas).

Caracterização Demográfica

Segundo o registo censitário de 2011, a população residente seria de 172120 habitantes. Trata-se de uma população urbana com elevada densidade populacional, em 2011 tendo 3751,3 hab/Km² (GL:1483,5 hab/km²). De referir que apesar da freguesia de Oeiras e São Julião da Barra ser sede do Concelho, as freguesias com maior densidade populacional são as de Algés e Linda-a-Velha (Quadro 17 - Apêndice I).

De acordo com o Quadro 16 (Apêndice I), sobre a população residente do Concelho de Oeiras por freguesias, podemos verificar que, segundo o censos de 2011, é nas freguesias de Oeiras e São Julião da Barra e na freguesia de Carnaxide que se verifica o maior número de população residente, população jovem entre os 0 e os 14 anos e população activa. No que concerne à população idosa, esta regista-se em maior número nas freguesias de Oeiras e São Julião da Barra e em Algés. As freguesias com menor número de habitantes são a freguesia de Cruz Quebrada-Dafundo e Caxias. Este indicador também se mantém no que concerne à população jovem, população activa e população idosa.

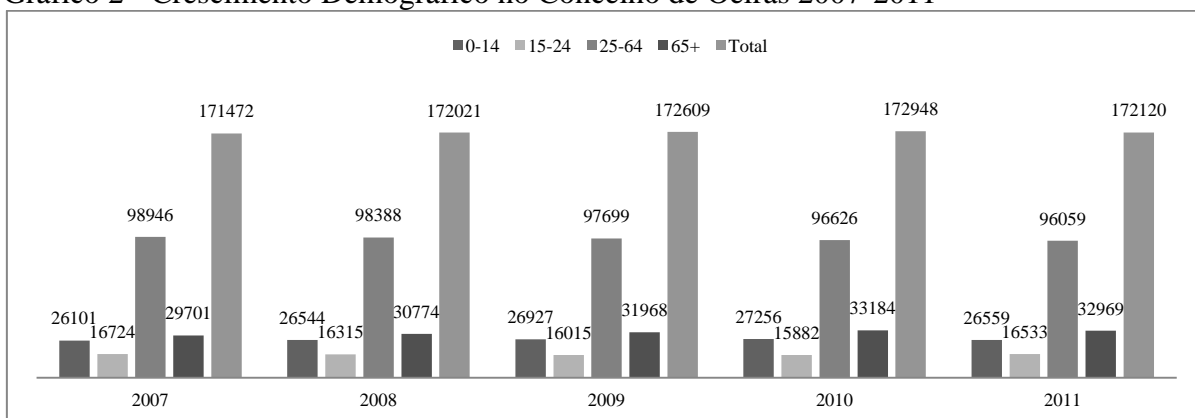
Gráfico 1 - População do Concelho de Oeiras 2011



Fonte: Adaptado de www.ine.pt (acedido a 06/11/2012)

Relativamente ao crescimento demográfico, o Concelho de Oeiras apresentou uma taxa de variação da população residente de 6,16%. Enquanto na Grande Lisboa esta variação foi de 4,89% (INE). A distribuição etária para a população do Concelho de Oeiras é apresentada no Gráfico 1 e 2, sendo que no Gráfico 2 é apresentado o crescimento demográfico no Concelho de Oeiras desde 2007. A análise da distribuição revela, elevada proporção de adultos e idosos, pequena proporção de jovens e baixa taxa de natalidade.

Gráfico 2 - Crescimento Demográfico no Concelho de Oeiras 2007-2011



Fontes: adaptado de www.ine.pt e

http://www.cm-oeiras.pt/voeiras/Concelho/CaraMapEst/OeirasFactoseNumeros/Documents/factos_numeros.pdf (acedido a 06/11/2012)

No gráfico acima apresentado, podemos verificar que, a população teve um ligeiro aumento desde 2007 até 2010 e um pequeno decréscimo no ano de 2011, face ao ano anterior. No que respeita à população mais jovem entre os 0 e os 14 anos, esta teve um aumento até 2010, mas em 2011, voltou a recuar para valores equivalentes a 2008. Na população entre os 25 e os 64 anos, verifica-se que teve sempre uma diminuição desde o ano 2007 até 2011. Na população mais idosa, existe um aumento durante quatro anos, sendo que no último ano, voltou a diminuir. A diminuição populacional existente entre 2010 e 2011 poderá ser justificada com a diminuição da população imigrante, com o aumento dos óbitos e a queda da natalidade (<http://sefstat.sef.pt>) e (INE).

Na Figura 2 e no Quadro 2, apresentamos uma breve caracterização do Concelho de Oeiras.

Figura 2 - Caracterização do Concelho de Oeiras



Fonte: www.ine.pt (acedido a 06/11/2012)

Quadro 2 - Caracterização Sumária do Concelho de Oeiras 2011

	Oeiras	Portugal Continental	Grande Lisboa
População Residente	172 120	10 047 621	2 042 477
Dimensão Populacional	3751,3 hab/Km ²	112,8 hab/Km ²	1483,5 hab/Km ²
Índice de Dependência de Idosos	29,6%	29,5%	27,9%
Índice de Dependência de Jovens	23,6%	22,4%	23,3%
Índice de Envelhecimento	125%	131,3%	120%
Taxa de População Activa	49,94%	47,58%	50,16%

População Activa	85 959	4 780 963	1 024 519
População Empregada	76 717	4 150 252	898 041
População Desempregada	9 242	630 711	126 478
Taxa de Emprego		64,3%	Lisboa 64%
Taxa de Desemprego	10,75%	13,19%	12,35%
Taxa de Analfabetismo	2,22%	5,20%	3%
Taxa Bruta de Natalidade (2010)	11,0 ‰	9,5 ‰	11,7 ‰
Taxa Bruta de Mortalidade (2010)	8,3 ‰	9,9 ‰	9,4 ‰
Taxa de Mortalidade Infantil (NUTS II)		3,1 ‰	Lisboa 3,6 ‰
Esperança Média de Vida (NUTS II 2009-2011)		79,66 Anos H – 76,58 Anos M – 82,63 Anos	Lisboa 79,46 Anos H – 76,42 Anos M – 82,32 Anos

Adaptado de www.ine.pt (acedido a 12/11/2012)

De acordo com os dados obtidos no documento “Perfil de Saúde do Concelho de Oeiras” elaborado pela Câmara Municipal de Oeiras com a participação da ARSLVT, e pela Comissão Municipal de Saúde, publicado em 2010 e no portal electrónico do Instituto Nacional de Estatística, observamos que em 2007, a taxa bruta de natalidade era de 11,1‰, a mesma que em 2010 e que a taxa bruta de mortalidade em 2007 era de 7,7‰ menos 0,6‰ que em 2010. No que respeita à taxa de mortalidade infantil, o dado obtido foi segundo as NUTS II (Lisboa) e que em 2011 a taxa é de 3,6‰. A esperança média de vida em 2009-2011 era em média de 79,46 anos, sendo para os homens de 76,42 anos e para as mulheres de 82,32 anos. Segundo o último censo realizado, a população do Concelho de Oeiras pode ser caracterizada da seguinte forma no que respeita à escolarização: nenhum nível de escolaridade – 6,03%; ensino pré-escolar – 3,17%; ensino básico – 39,02%; ensino secundário – 19,02%; ensino pós secundário – 0,99% e o ensino superior – 31,77%.

Em relação à taxa de analfabetismo (Quadro 2), a taxa do Concelho de Oeiras é inferior à taxa da Grande Lisboa em 0,78%, destacando-se as freguesias de Porto Salvo e Carnaxide com maior taxa e, as de Oeiras e São Julião da Barra e Paço de Arcos com menor taxa.

No que concerne à população empregada residente no Concelho de Oeiras (Quadro 2) é na ordem de 76 717 pessoas, sendo as freguesias de Oeiras e São Julião da Barra e Carnaxide que albergam maior número de população residente empregada, com 14 413 em Oeiras e S. Julião e 12 024 em Carnaxide. As freguesias de Caxias, 4 029 e Cruz Quebrada, 2 720, possuem em menor número de residentes empregados. Em relação ao nível de escolaridade (Quadros 18 e 19 – Apêndice I), o Concelho de Oeiras, possui na sua maioria pessoas residentes empregadas com o ensino superior, 38 773, e com o ensino secundário 18 244. Quanto aos desempregados do Concelho de Oeiras, têm na sua maioria o ensino básico (3 440), e o ensino superior (2 913).

Em síntese, podemos indiciar que a população residente no Concelho de Oeiras, é na sua maioria constituída por adultos e idosos, o que revela uma baixa taxa de natalidade. Maioritariamente, possuem o ensino secundário ou o ensino superior como habilitações. Da população com mais de 15 anos, 53% encontra-se empregada, 6% desempregada e 41% está inactiva.

III.I.II - Estudos de Saúde Realizados no Concelho de Oeiras

Pela sua importância, para melhor dar a conhecer a saúde no Concelho de Oeiras, apresentamos quatro estudos referentes a vários factores de saúde. Iremos identificá-los cronologicamente.

O primeiro estudo, identificado como INS 2005/2006, foi efectuado entre Fevereiro de 2005 e Fevereiro de 2006, pelas entidades Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, abrangeu Portugal Continental e Ilhas, numa amostra de 19 950 unidades de alojamento. Os restantes três foram realizados em 2008.

O estudo “C.M.O. 2008 - Concelho” – foi realizado pela Câmara Municipal de Oeiras (CMO) à população do Concelho de Oeiras entre 4 de Junho a 31 de Julho com uma amostra de 2 632 questionários.

O estudo “C.M.O. 2008 - CSO e CSLV” – foi realizado também pela Câmara Municipal de Oeiras, mas nos Centros de Saúde do Concelho, Oeiras (CSO) e Linda-a-Velha (CSLV). Neste caso, foram realizados 251 questionários.

O estudo de Villaverde Cabral, 2009 foi o estudo apresentado em “O Estado da Saúde em Portugal” publicado em 2009. Este estudo foi realizado entre 26 de Fevereiro a 15 de Abril de 2008, teve uma amostra total de 3 039 entrevistas a nível nacional, o que representou um universo total de 7 938 886 indivíduos. Na zona de Lisboa, foram realizados 708 questionários, representando o universo de 2 176 651 indivíduos. Sobre este estudo iremos apresentar apenas os dados de Lisboa e Vale do Tejo, área geográfica onde se insere o Concelho de Oeiras.

Os dados dos estudos INS 2005/2006; CMO, 2008 – Concelho e CMO, 2008 – CSO e CSLV que iremos utilizar foram divulgados na publicação Perfil de Saúde do Concelho de Oeiras, editado pelo Município de Oeiras em Março de 2010.

Os dados que apresentamos, dizem respeito à auto-apreciação do estado de saúde e às doenças crónicas, que são características da morbilidade. Indicaremos as fontes de informação para a saúde, escolhidas pelos inquiridos; se têm médico de família; qual o tempo decorrido desde a última consulta de rotina; quais os sistemas de saúde utilizados; a medicação que utilizam e o motivo da última visita ao Centro de Saúde. Com estes dados, pretendemos ajudar a conhecer a acessibilidade ao Centro de Saúde.

- **Auto-apreciação do estado de saúde:**

No Quadro seguinte, pode constatar-se que em 2005/2006 a população da região de Lisboa e Vale do Tejo, considerava que a sua saúde era, para 55,8% muito boa e 32,3% boa. Já em 2008, no estudo Villaverde Cabral, 2009, a população indicava que a sua saúde era razoável.

Quadro 3 - Auto-apreciação do estado de saúde

Estudo INS - 2005/2006							
n 3 328 unidades de alojamento							
Muito Bom		Razoável			Muito mau		
55,8%		32,3%			11,9%		
Estudo CMO 2008 - Concelho							
n 2 632 questionários							
Bom		Razoável		Com alguns problemas		Mau	
37,6%		35,7%		23,7%		3%	
Estudo CMO, 2008 - CSO e CSLV							
n 251 questionários							
34,1%		34,5%		20,5%		4,8%	
Estudo Villaverde Cabral, 2009							
Excelente	Boa	Razoável	Má	Péssima	NS/NR	Total	Média
Portugal Continental							
n 3 039 entrevistas							
7,2%	41,7%	36,7%	11,5%	2,7%	0,2%	100%	2,61%
Lisboa e Vale do Tejo (Médias)							
n 708 entrevistas							
2,59%							

Fontes: Adaptado de (Oeiras M. d., 2010, p. 169 e 276) e (Cabral & Silva, 2009, p. 34)

- **Doenças Crónicas:**

Apenas nos estudos INS 2005/2006 e Villaverde Cabral, 2009, é feita menção às doenças crónicas. Na população de Lisboa e Vale do Tejo no estudo INS 2005/2006 o factor de risco para a doença crónica com maior prevalência é a Hipertensão Arterial. O estudo Villaverde

Cabral, 2009, não identifica quais as doenças crónicas existentes, mas dá a indicação que nesta população cerca de 50,6% tem uma doença crónica associada.

- **Fontes de Informação escolhidas pelos inquiridos:**

Nos estudos CMO, 2008 - Concelho e CMO e 2008 - CSO e CSLV (Quadro 21 – Apêndice I), a fonte de informação mais escolhida foi o médico de família, seguida da televisão, das campanhas e folhetos, *internet* e família.

Em 2001, realizou-se outro estudo dos autores Manuel Villaverde Cabral e outros, do qual apenas citamos as fontes de informação, por ser mais antigo, e por que foi realizado a nível nacional, não sendo possível analisar o nível regional. Neste estudo, os médicos e enfermeiros surgiam em primeiro lugar, 61%, seguidos da comunicação social, 12,8% e só depois vinham a família e os amigos em 11,2%. (Cabral, Silva, & Mendes, 2002, p. 199). Assim, poderemos observar que em sete anos, as tendências não se alteraram, e que o médico de família continua a ser a fonte de informação preferida pelos portugueses para os assuntos de saúde.

- **Médico de família:**

Nos três estudos (CMO, 2008 – Concelho; CMO, 2008 – CSO e CSLV e Villaverde Cabral, 2009) realizados, os inquiridos na sua maioria, tem médico de família (88%), havendo apenas uma minoria que não tem.

Quadro 4 - Médico de Família

Estudo	n	Sim	Não	NS/NR
CMO, 2008 – Concelho	2 632 questionários	85,8%	14,2%	0%
CMO, 2008 - CSO e CSLV	251 questionários	92,3%	7,7%	0%
Villaverde Cabral, 2009	708 entrevistas	86,4%	12,4%	1,1%

Fontes: Adaptado de (Oeiras M. d., 2010, p. 171 e 278) e (Cabral & Silva, 2009, p. 61)

- **Tempo decorrido desde a última consulta de rotina:**

De acordo com a análise dos resultados destes questionários, os utentes frequentam o centro de saúde pelo menos uma vez de seis em seis meses.

Quadro 5 - Tempo decorrido desde a última consulta de rotina

Estudo CMO, 2008 - Concelho – Tempo decorrido desde a última consulta de rotina			
n 2 632 questionários			
1 mês	1 a 6 meses	6 meses a 1 ano	>1 ano
20,1%	44,6%	17,6%	17,6%
Estudo CMO, 2008 - CSO e CSLV – Última consulta de rotina			
n 251 questionários			
< 1 mês	1 a 6 meses	6 meses a 1 ano	>1 ano
18,9%	41%	19,7%	20,5%

Fontes: Adaptado de (Oeiras M. d., 2010, p. 172 e 279)

- **Serviço de saúde mais utilizado:**

Nestes dois estudos, verificamos que a população dá primazia ao SNS, utilizando depois os subsistemas e, por último, o sistema privado.

Quadro 6 - Sistemas de Saúde mais utilizados – Estudo CMO, 2008 - Concelho

Sistemas de Saúde		Sistemas participados mais utilizados	
n 2 632 questionários			
SNS	49,5%		
Comparticipado	23,4%	ADSE	48,7%
		SAMS	26,1%
		Empresa Pública	10,6%

		ADM (Militares)	8,3%
		Outros	6,3%
Privado	27,1%		

Fontes: Adaptado de (Oeiras M. d., 2010, pp. 173-174)

Quadro 7 - Sistemas de saúde mais utilizados – Estudo Villaverde Cabral, 2009

Sistemas de Saúde utilizado mais frequentemente	
n 708 entrevistas	
SNS	84,3%
ADSE	8,2%
Privado	2,5%
Assist. Doenças Forças Militares/Militarizadas	2,3%
ACS – Portugal Telecom	1,1%
SAMS	0,8%
CTT	0,0%
Outros	0,0%
NS/NR	0,7%

Fontes: Adaptado (Cabral & Silva, 2009, p. 50)

- **Medicamentos:**

Nos estudos CMO, 2008 - Concelho e CMO, 2008 - CSO e CSLV (Quadro 21 – Apêndice I) conclui-se que os utentes quando tomam medicamentos o fazem na sua maioria, por indicação médica.

No estudo Villaverde Cabral, 2009 (Quadro 22 – Apêndice I), os entrevistados declararam que muitos não se automedicam e, na sua maioria, no último mês não lhe foi prescrito nenhum medicamento.

- **Motivo da visita ao Centro de Saúde:**

No estudo CMO, 2008 - CSO e CSLV (Quadro 23 – Apêndice I), o principal motivo que marcou a ida ao Centro de Saúde foi a consulta regular, sendo a consulta de urgência, o segundo motivo mais assinalado, com 36,7% e 22,4% respectivamente.

No estudo Villaverde Cabral, 2009 (Quadro 24 – Apêndice I) os motivos mais evocados para a ida ao Centro de Saúde foram: porque se sentiu doente, 28,3%; por exame de rotina (sem ser por doença) 25,5%, e por exame de rotina (por motivo de doença) 17,5%.

Do estudo Villaverde Cabral, 2009, podemos analisar outros dados. Nos cuidados materno-infantis na região de Lisboa e Vale do Tejo verificou-se que 37,6% das mulheres foram acompanhadas durante a gravidez, pelo seu médico de família, ou então pelo seu médico obstetra/ginecologista, 40,8% e que apenas 9,6% não foram vigiadas. Em relação, à saúde infantil, a vigilância foi efectuada, no sector público 81,2% e no sector privado 22%. Quanto ao local do nascimento do filho, 81,7% escolheram o sector público, 9,5% o sector privado e, 8,5% escolheram ter o filho em casa. Relativamente à frequência da visita ao médico com os filhos, 75,4% afirmam que vão regularmente e 23,8% dizem que só vão quando os filhos estão doentes. No que concerne ao local escolhido para a assistência, 70,6% dirige-se ao Centro de Saúde, enquanto 14,3% se dirige para o Hospital, serviço de pediatria e 15,1% escolhe o médico particular ou o Hospital particular (Cabral & Silva, 2009, pp. 43-46).

Pela análise destes estudos, verificamos que a população independentemente de ter um subsistema ou não, escolhe na sua maioria o SNS em detrimento dos subsistemas existentes, ou seja, os cuidados de saúde primários estão a funcionar como a porta de entrada para o SNS onde, cada vez mais, existe uma relação de confiança entre a população e os prestadores de cuidados de saúde.

III.II - ACeS de Oeiras

O ACeS de Oeiras, é resultado do segundo movimento da reforma, em que foram agregados vários centros de saúde.

Este movimento adveio da publicação do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro que determinou a criação dos agrupamentos, tendo como meta a estabilidade na organização da prestação de CSP, permitindo assim uma gestão rigorosa e equilibrada e consequentemente a melhoria no acesso aos cuidados de saúde (Saúde M. d.).

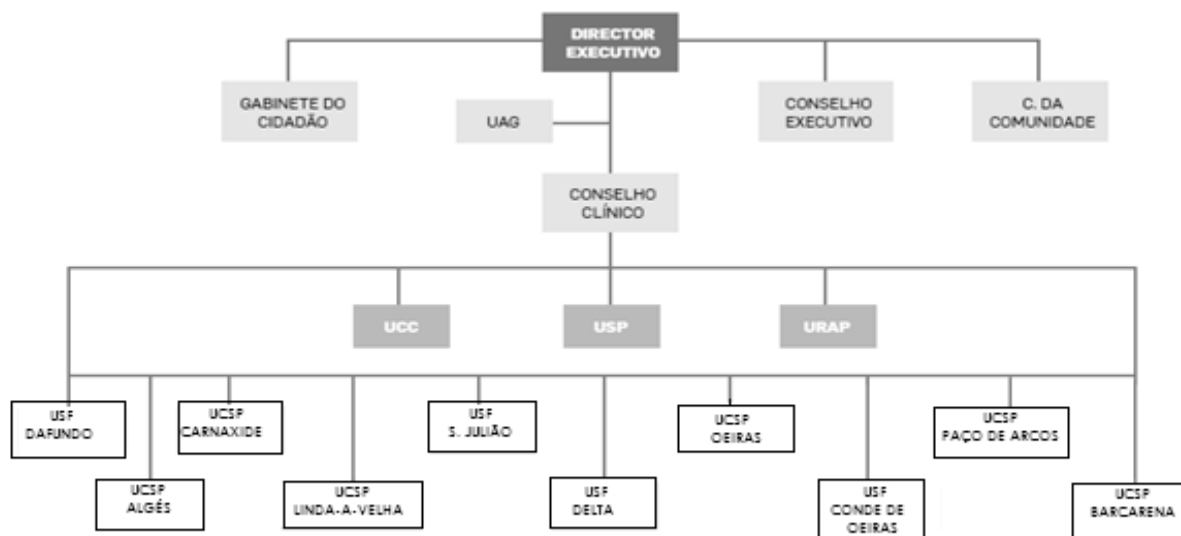
O ACeS de Oeiras é integrado pelos Centros de Saúde de Oeiras e de Carnaxide que possuem já um longo historial.

O Centro de Saúde de Carnaxide serve as freguesias de Algés, Carnaxide, Cruz Quebrada/Dafundo, Linda-a-Velha e Queijas. É composto pela (sede) em Carnaxide que funciona desde 1973, pelas extensões de Linda-a-Velha, Algés e Dafundo que funcionam desde 1995, 1960 e 1975, respectivamente.

O Centro de Saúde de Oeiras presta cuidados às freguesias de Barcarena, Caxias, Oeiras e S. Julião da Barra, Paço de Arcos e Porto Salvo e as suas unidades funcionais localizam-se em Oeiras e S. Julião da Barra, Barcarena e Paço de Arcos. A unidade de Paço de Arcos funciona desde 1972, a de Barcarena desde 1982 e a sede, em Oeiras, desde 1982 (Oeiras C. M., 2004).

Este organograma representa as unidades funcionais do ACeS de Oeiras após a integração.

Figura 3 - Organograma ACeS OEIRAS



Fonte: Adaptado de (Oeiras M. d., 2010, p. 90)

Passamos agora a apresentar os dados referentes aos recursos humanos, utentes inscritos e consultas realizadas no ACeS de Oeiras.

III.II.I - Recursos Humanos

Os recursos humanos, no ACeS Oeiras durante os três anos do estudo, não tiveram uma estabilização devido a alterações legislativas que conduziram a várias aposentações. Essas situações ocorreram mais nas UCSP do que nas USF.

Quadro 8 - Profissionais ACeS Oeiras

Profissionais	USF			UCSP		
	2009 ¹	2010	2011	2009 ²	2010	2011

¹ Nas USF, no ano de 2009, três profissionais não estiveram ao serviço o ano inteiro. O motivo pode estar relacionado com reformas, doença, ou com a data em que entraram ao serviço. Em 2010, ocorreu a mesma situação, mas com dois profissionais. Em 2011, foi apenas um que não esteve o ano inteiro ao serviço da sua unidade.

² Nas UCSP, em 2009, dos setenta e um profissionais, dois não estiveram ao serviço o ano inteiro. O motivo está explicado na nota anterior. Em 2010 a situação atrás descrita, ocorreu com dez médicos. Em 2011, ocorreu com oito médicos.

Médicos MGF	36	36	35	71	71	66
Enfermeiros	30	29	29	46	46	48
	C/S vínculo à Administração Pública					
Assistentes Técnicos	22/0	21/0	21/0	37/0	30/24	26/18

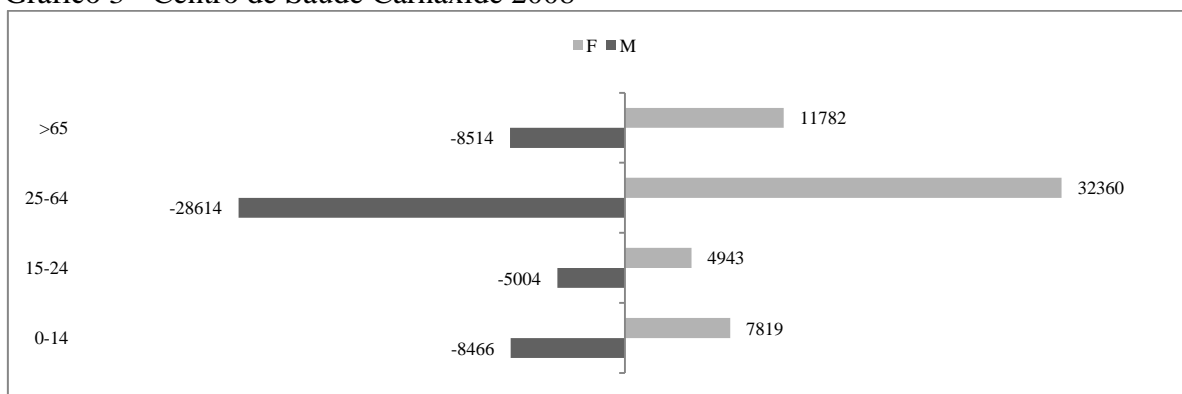
Fonte: Adaptado ACeS Oeiras

Os dados sobre as ausências, horas de trabalho e número de consultas realizadas durante o estudo, será apresentada no capítulo sobre os indicadores, porque estes dados poderão influenciar directamente os resultados finais das unidades.

III.II.II - Utentes Inscritos

Em 2008, (Quadro 9 – Apêndice II), antes da fusão, o Centro de Saúde de Carnaxide tinha 107 502 utentes inscritos, dos quais 47 % eram homens e 53% eram mulheres.

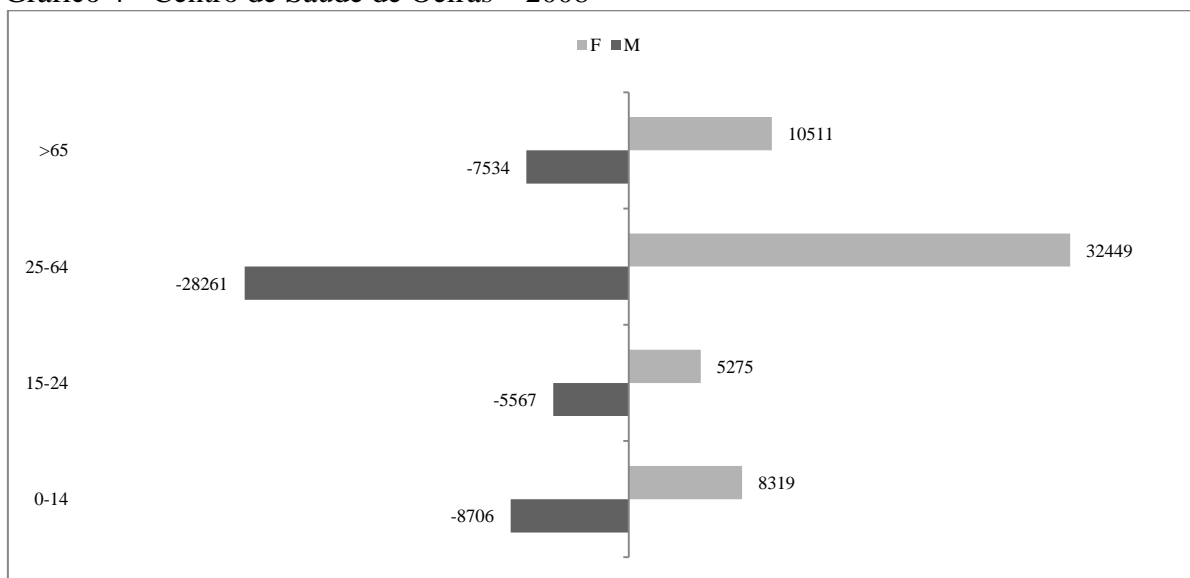
Gráfico 3 - Centro de Saúde Carnaxide 2008



Fonte: Adaptado de ACeS Oeiras

No que concerne à população inscrita no Centro de Saúde de Oeiras (Quadro 9), podemos indicar que em 2008, o centro tinha 106 622 utentes inscritos, dos quais 47% eram homens e 53% eram mulheres.

Gráfico 4 - Centro de Saúde de Oeiras – 2008



Fonte: Adaptado de ACeS Oeiras

Após análise, verifica-se que ambas as populações têm características semelhantes, uma vez que a população com maior incidência situa-se na faixa etária entre os 25 e os 64 (Quadro 9) e, em ambas as populações o envelhecimento é notório (a população entre os 0-14 anos é menor do que a população acima dos 65 anos).

Os dados do ACeS de Oeiras serão apresentados por tipo de unidade funcional, UCSP e USF.

UCSP

Tem dimensão idêntica à prevista para as USF, presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, é constituída por uma equipa multiprofissional composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF. A actividade das UCSP desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica. Depende hierarquicamente do Director Executivo e está vinculada às normas aprovadas pelo Conselho Clínico em matéria de governação clínica. A população abrangida por cada UCSP não deve de ser inferior a 3000 nem superior a 18000 utentes (Pisco, 2011) e (Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, 2011).

USF

Unidade que promove a formação de equipas multidisciplinares, com autonomia organizativa, funcional e técnica, para o desempenho de cuidados de saúde personalizados. As USF distinguem-se das UCSP pelo nível de desenvolvimento e de dinâmica de equipa, designadamente pelos compromissos de cooperação interprofissional, livremente assumidos. Está regulamentada em legislação própria (Despacho Normativo n.º 9/2006, de 12 de Janeiro). A população abrangida por cada USF não deve de ser inferior a 4000 nem superior a 18000 utentes (Pisco, 2011) e (Saúde M. d., 2007).

No Quadro 9, apresentamos a população residente nos três anos em estudo, bem como os utentes inscritos no ACeS Oeiras por tipo de unidade funcional. Este quadro tem como objectivo verificar se existem diferenças na caracterização da população residente e da população utilizadora do ACeS Oeiras.

Quadro 9 - População residente/Utentes inscritos

Quadro 3 – População Residente, Oeiras Inscrições						
Anos	2009		2010		2011	
População Residente - Concelho Oeiras						
	H	M	H	M	H	M
0-14	13 765	13 162	13 913	13 343	13 683	12 876
15-24	8 087	7 928	7 997	7 885	8 463	8 070
25-64	45 979	51 720	45 442	51 184	44 269	51 790
65+	13 331	18 637	13 836	19 348	13 722	19 247
Total H/M	81 162	91 447	81 188	91 760	80 137	91 983
Total	172 609		172 948		172 120	
ACeS OEIRAS – Utentes inscritos						
0-14	17 627	16 553	17 423	16 302	15 297	14 379

15-24	10 511	10 201	10 320	9 881	8 333	8 523
25-64	57 649	65 878	55 871	64 018	43 458	54 596
65+	15 840	22 139	15 998	22 251	13 820	19 727
Total H/M	101 627	114 771	99 612	112 434	80 908	97 225
Total	216 398		212 046		178 133	
UCSP – Utentes inscritos						
0-14	12 766	11 975	12 278	11 495	10 128	9 638
15-24	7 861	7 473	7 598	7 102	5 584	5 710
25-64	43 313	48 936	41 204	46 568	29 366	37 535
65+	12 032	16 582	11 909	16 317	9 630	13 686
Total H/M	75 972	84 966	72 989	81 482	54 708	66 569
Total	160 938		154 471		121 277	
USF – Utentes inscritos						
0-14	4 861	4 578	5 145	4 807	5 169	4 741
15-24	2 650	2 728	2 722	2 761	2 749	2 813
25-64	14 336	16 942	14 667	17 450	14 092	17 061
65+	3 808	5 557	4 089	5 934	4 190	6 041
Total H/M	25 655	29 805	26 623	30 952	26 200	30 656
Total	55 460		57 575		56 856	

Fontes: Adaptado de: (acedidas a 06/11/2012)

http://www.arslvt.min-saude.pt/observatorioregional/Documents/Perfis/Aces04_Perfil.oeiras-p4@.pdf
www.ine.pt

Informações cedidas por ACeS Oeiras – Departamento Sistemas de Informação

Em 2011, no ACeS de Oeiras existiam 178 133 utentes inscritos, dos quais 80 908 eram homens e 97 225 eram mulheres. Estes valores seguem a tendência da população residente no Concelho de Oeiras, segundo o último censo realizado em Portugal Continental. Este concelho possui 172 120 habitantes, dos quais 80 137 homens e 91 983 mulheres.

III.III – Objectivos

O objectivo deste estudo, é analisar as unidades funcionais em funcionamento no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa IV, mais propriamente, as Unidades de Saúde Familiares e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. A análise irá focar os resultados alcançados nos indicadores comuns às UCSP e USF durante o triénio 2009-2010, com o objectivo de verificar se houve ou não melhoria no acesso aos cuidados, desempenho assistencial, satisfação dos utentes e maior eficiência.

O ACeS de Oeiras, é o resultado do agrupamento de dois centros de saúde já existentes no Concelho de Oeiras, o Centro de Saúde de Carnaxide que em 2008, antes da fusão, tinha 107 502 utentes inscritos, dos quais 20% eram utentes sem médico de família atribuído e pelo Centro de Saúde de Oeiras, que no mesmo ano, possuía 106 622 utentes inscritos, dos quais 11% não tinham médico de família atribuído.

Em 2008, as unidades em funcionamento eram as UCSP de Carnaxide, de Linda-a-Velha, UCSP Algés e USF Dafundo, pertencentes ao Centro de Saúde de Carnaxide. O Centro de Saúde de Oeiras, era formado pelas UCSP Oeiras, UCSP Paço de Arcos, UCSP Barcarena, USF Delta e USF S. Julião.

Em Agosto de 2009, após a fusão, surgiu uma nova unidade funcional, a USF Conde de Oeiras.

Apesar de, anteriormente, se terem identificado as unidades que fazem parte do ACeS Oeiras, o nosso estudo irá analisar as unidades em conjunto, agrupando-as em dois grandes universos, o universo das UCSP e o universo das USF. O objectivo não é a comparação entre unidades, mas sim a análise das novas formas de organização.

III.IV - Hipóteses de Estudo

Os objectivos principais traçados para responder às nossas questões são comparar os índices de acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência económica, através da análise dos indicadores obtidos pelo universo das UCSP e das USF contratualizados entre o ACeS Oeiras e a Administração Regional de Saúde. Pretendemos verificar qual a aplicabilidade das nossas hipóteses, tentar determinar qual o tipo de unidade que obtém melhores resultados e se existe associação entre os utentes sem médico de família e os resultados das UCSP.

As nossas hipóteses de estudo são:

- 1 – O acesso nas USF é mais adequado do que nas UCSP, no que concerne à taxa de utilização global de consultas;
- 2 – O desempenho assistencial, relativamente à percentagem de mulheres com colpocitologia actualizada, é superior nas USF em relação às UCSP;
- 3 – O desempenho assistencial, no que respeita à realização de consultas nos primeiros 28 dias de vida, nas USF é superior ao das UCSP;
- 4 – A satisfação dos utentes é superior nas USF em relação às UCSP;
- 5 – A eficiência económica referente aos medicamentos e meios complementares de diagnóstico facturados, é superior nas USF em relação às UCSP.

Para a validação destas hipóteses, considera-se relevante fazer uma análise prévia da assiduidade dos profissionais médicos das respectivas unidades, comparando com as consultas efectuadas. Apresentaremos um enquadramento teórico sobre o surgimento dos indicadores para podermos compreender a sua evolução.

III.IV.I - Indicadores do Contrato Programa

Os indicadores, fazem parte das componentes doutrinárias do *NPM* conforme apresentámos anteriormente no Quadro 1. Verifica-se que é desejável a existência de *standards* explícitos e uma medida de *performance* que permita que os objectivos sejam bem definidos e mensuráveis e, é dada importância à ênfase no controlo de *outputs* que está relacionado com a alocação de recursos e recompensas com ligação à *performance*.

Os indicadores, foram legislados pela primeira vez como instrumentos de monitorização para a contratualização em 2006, com o Despacho Normativo n.º 9 de 12 de Janeiro, publicado a 16 de Fevereiro. Neste despacho, os indicadores são apresentados em anexo na norma IX, onde se indica que os critérios considerados são: disponibilidade; acessibilidade; produtividade; qualidade técnico-científica; efectividade; eficiência; satisfação. Esta norma, faz alusão aos indicadores utilizados como avaliação dos RRE, que apresentamos de seguida, apesar de já não estarem em vigor. Verifica-se que os indicadores actuais, utilizam alguns dos parâmetros usados no modelo RRE. No Despacho n.º 5077/2004, de 13 de Março, que é citado no Despacho Normativo n.º 9, dando conhecimento que os indicadores iriam ser elaborados pela Direcção-Geral da Saúde e que incidiriam sobre acessibilidade, taxas de cobertura, produtividade, desempenho, qualidade técnico-científica, custos, eficácia-ganhos em saúde, satisfação dos utentes e profissionais (Saúde M. d., 2006).

III.IV.II - RRE – Indicadores

Os indicadores escolhidos para o Regime Remuneratório Experimental dos Médicos de Clínica Geral, foram referentes a: estrutura, processo, resultados e impacto. Estas vertentes pretendiam analisar os recursos envolvidos, a disponibilidade, a produtividade, a qualidade, a cobertura, a eficácia e os ganhos em saúde. A sua construção foi baseada na literatura de referência em avaliação da qualidade, publicada por Donabedian em 1984 e no Guia Orientador para Elaboração de Indicadores, entre outros trabalhos. (Avaliação, 2004, pp. 16, 17)

Quadro 10 - Indicadores RRE

Disponibilidade	
Segundo o relatório publicado pela DGS, disponibilidade é “a possibilidade de desempenhar satisfatoriamente a prestação de cuidados no período avaliado” (Avaliação, 2004, p. 18).	
Indicador 1	Média de inscritos por médico
Indicador 2	Visitas domiciliárias por 1 000 inscritos
Indicador 3	Tipo de consultas disponibilizadas - (consulta aberta/consulta programada em %)
Indicador 4	Horário para atendimento telefónico publicitado
Indicador 5	Horário diferenciado de consultas por programa e/ou ficheiro piloto por programa
Acessibilidade/Cobertura/Utilização	
A acessibilidade avalia o grau de facilidade com que os utentes obtêm os cuidados de saúde apropriados em determinado local e tempo (Avaliação, 2004, p. 31).	
Indicador 6	1 ^{as} consultas do ano por utentes inscritos (% de Utilização)
Indicador 7	1 ^{as} consultas no ano por Crianças inscritas dos 12 aos 23 meses (% de Utilização)
Indicador 8	Média de consultas a crianças dos 12 aos 23 meses (n)
Indicador 9	1 ^{as} consultas no ano em Planeamento Familiar - Grupo Etário 15-49 (% de Utilização)
Indicador 10	1 ^{as} consultas no ano - Grupo Etário 0-18 Anos (% de Utilização)
Indicador 11	1 ^{as} consultas no ano - Grupo Etário 19-44 Anos (% de Utilização)
Produtividade	
A produtividade nos CSP é normalmente traduzida pelas consultas realizadas, ou seja a unidade de medida é a consulta e estas representam $\pm 70\%$ de tempo disponível do médico de família num horário de 30 horas semanais. No entanto, esta dimensão também considera as outras actividades desenvolvidas pelo profissional e que têm um impacto directo nas consultas efectuadas, como a gestão de informação, o planeamento, as reuniões clínicas, a formação e a investigação. As consultas são de S.A., S.I., S.M., P.F., D e A.C. e as respectivas horas extraordinárias utilizadas nestas consultas (Avaliação, 2004, p. 44).	
Indicador 12	Média de Consultas por Utilizador
Indicador 13	Média de Consultas por Médico

Indicador 14	Média de Consultas Médicas por Hora
Indicador s/n	Média de Consultas por Inscrito
Desempenho/Qualidade técnico-científica	
O desempenho/qualidade técnico-científica é entendido pela utilização das tecnologias de saúde individualmente ou pelo grupo (Avaliação, 2004, p. 53).	
Indicador 15	Precocidade da 1ª Consulta na Vida até aos 28 dias (%)
Indicador 16	Média de Consultas no 1º ano de vida (n)
Indicador 17	Crianças com VASPR actualizada aos 2 anos (%)
Indicador 18	Mulheres dos 45-54 anos com Mamografia nos últimos 2 anos (3 anos no grupo 45-49 anos)
Indicador 19	Mulheres dos 25-34 anos com Colpocitologia nos últimos 3 anos
Indicador 20	Precocidade da 1ª Consulta na Gravidez (% de Cons. no 1º Trim.)
Indicador 21	Média de Consultas por Gravidez (n)
Eficácia/Ganhos em Saúde	
Conforme expresso no relatório publicado pela Direcção-Geral da Saúde, a eficácia é uma “componente da qualidade da assistência ao doente, que expressa até que ponto um serviço tem possibilidades ideais de satisfazer as necessidades. Mede até que ponto a atenção recebida exerce o efeito desejado, sendo os ganhos em saúde o resultado benéfico duma acção, mensurável ao nível de saúde individual ou colectiva” (Avaliação, 2004, p. 67).	
Indicador 22	% de RN de baixo peso ao nascer
Indicador 23	Nº de casos de sífilis congénita no ano
Indicador 24	Visitas domiciliárias por 1 000 inscritos com 65 e + anos
Indicador 25	Registos clínicos de diabéticos com registo de HbA1c
Indicador 26	Existência de horário próprio de consulta de HTA e/ou ficheiro organizado
Custos/Despesas	
A avaliação desta dimensão, considera que existe uma relação entre o custo da actividade durante a prestação de cuidados dispensados e os benefícios daí provenientes. Neste caso, as consultas e o acesso às tecnologias de saúde. Segundo Imperatori, a sua efectividade, é obtida quando são atingidos os objectivos assistenciais, e se obtém uma redução na dimensão dos problemas e uma melhoria na satisfação dos utentes e dos profissionais	

(Avaliação, 2004, p. 76) .	
Indicadores 27, 28, 29 e 30	Encargos com medicamentos, MCDT e remunerações médicas. Custo por Utilizador e por Consulta.
Indicador	Custo total por utilizador nos RRE e G.C.
Indicador	Custo total por consulta no RRE e G.C.
	Encargos Globais em 2003
Qualidade/Satisfação	
A qualidade/satisfação é avaliada segundo a satisfação do utente e os ganhos em saúde. Em relação ao utente a sua satisfação é a relação existente entre as expectativas sobre os cuidados e aqueles que de facto recebe. Já a satisfação dos profissionais tem a ver com a autonomia, como o seu desempenho contribui para os resultados ou para a obtenção dos objectivos, bem como o seu reconhecimento junto da organização (Avaliação, 2004, p. 82).	
Indicadores	“Reclamações” e “Mudança de médico”
Indicadores 31, 32 e 33	Satisfação dos utentes e dos profissionais, qualidade organizacional.

Fonte: Adaptação (Avaliação, 2004)

III.IV.III - UCSP/USF - Indicadores

Segundo o glossário, elaborado pela Missão dos Cuidados de Saúde Primários, os indicadores são “elementos específicos dos cuidados, seleccionados para avaliação numa análise do desempenho e entre os quais existe uma hierarquia e uma relação estreita.” (Primários M. p., 2006, p. 29).

Em 2006, as metas a alcançar, eram inicialmente contratualizadas entre as USF e os Departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde. Posteriormente, em 2010, as unidades funcionais, USF e UCSP passaram a contratualizar com o ACeS (Primários, Saúde, & ARS, 2009). Apesar disso devido à calendarização, as UCSP só passaram a assinar a carta de compromisso em 2011 (Saúde A. C., Ministério, Missão, & Departamentos, 2010).

A matriz construída em 2006, incluía 49 indicadores, porém, as USF só contratualizavam 20, sendo 15 deles comuns a todas as USF e 5 escolhidos pela própria USF. Estes indicadores reflectiam quatro áreas, Acesso, Desempenho Assistencial, Qualidade Percepcionada e Desempenho Económico (Saúde A. d., 2006).

Quadro 11 - Distribuição dos Indicadores base a seleccionar pelas USF

Área	N.º Indicadores Base	N.º de Indicadores Adicionais a Seleccionar
Acesso	4	0
Desempenho Assistencial	8	5
Qualidade Percepcionada	1	0
Desempenho Económico	2	0

Fonte: Adaptado de Contratualização com as Unidades de Saúde Familiares para 2007 - (Saúde A. d., 2006)

Quadro 12 - Indicadores Base

Acesso	
Segundo o <i>Ministerio de Sanidade y Política Social</i> , 2010, publicado no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, o acesso aos cuidados de saúde é uma dimensão da equidade e define-se como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado.	
Indicador 3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família;
Indicador 3.15	Taxa de utilização global de consultas;
Indicador 4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1 000 inscritos;
Indicador 4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1 000 inscritos.
Desempenho Assistencial	
Segundo Escoval et Al, 2007, a análise do desempenho assistencial pretende promover a efectividade dos cuidados prestados, ou seja, potenciar os resultados de determinada intervenção nos indivíduos em particular e na população em geral (Antunes, Gonçalves, Santos, Alexandre, & Godinho, p. 199).	
Indicador 5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos);

Indicador 5.1Mi	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos;
Indicador 5.4M	Percentagem de diabéticos com pelo menos uma HbA1c registada nos últimos três meses;
Indicador 5.10M	Percentagem de hipertensos c/ registo de pressão arterial nos últimos seis meses;
Indicador 6.1M1	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos;
Indicador 6.1M2	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos;
Indicador 6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias;
Indicador 6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre.
Qualidade Percepçionada	
Segundo Pereira et al, 2001, “satisfação do utente é um termo sumário que numa perspectiva teórica se refere ao leque variado de reacções do utente à experiência dos cuidados de saúde (...)”, ou seja, a satisfação baseia-se sobretudo na opinião dos utentes que, recentemente, tem vindo a ser cada vez mais importante para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, traduzindo-se no resultado das diferenças entre as expectativas do utente em relação aos cuidados e a sua percepção sobre os cuidados recebidos. (Barbosa, 2009, p. 65)	
	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de questionário --- score final).
Eficiência Económica (Desempenho Económico-Financeiro)	
O desempenho económico-financeiro centra-se na eficiência interna e na maximização dos resultados obtidos com os recursos utilizados, de forma a garantir a sustentabilidade económica dos sistemas de saúde (Escoval et al, 2007), (Antunes, Gonçalves, Santos, Alexandre, & Godinho).	
Indicador 7.6d1	Custo estimado para medicamentos facturados;
Indicador 7.7d1	Custo estimado com meios complementares de diagnósticos e terapêutica facturados.

Fonte: Adaptado de Contratualização com as USF para 2007 - (Saúde A. d., 2006)

Relativamente às UCSP, estas surgiram com a criação dos ACeS, Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. O documento elaborado pela Missão dos Cuidados de Saúde Primários em 2010 indica que “O mesmo modelo aplicado às USF deve ser replicado para as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados pelos DE/CC, de acordo com o estabelecido no Decreto-Lei n.º 28/2008 de 18 de Fevereiro” (Saúde A. C., Ministério, Missão, & Departamentos,

2010, p. 4). Esta indicação refere-se à monitorização e à avaliação, sendo estas da responsabilidade do ACeS, devendo incidir sobre as áreas comuns às outras unidades funcionais, disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efectividade, eficiência e satisfação.

IV – Metodologia

A metodologia utilizada foi a de estudo de caso, tendo em vista o estudo das unidades funcionais, UCSP e USF, do ACeS Oeiras. Foi usada uma abordagem mista, através da conjugação da análise quantitativa dos indicadores com entrevistas e análise documental.

Para o início do nosso estudo e de forma a compreendermos o tema abordado, foi indispensável a recolha bibliográfica, através da leitura de obras de referência, nomeadamente sobre o *New Public Management*, e sobre avaliação de políticas públicas. Além disso, realizámos uma breve análise de estudos já efectuados na área de Lisboa e no Concelho de Oeiras.

Posteriormente, analisámos os resultados dos indicadores alcançados durante o triénio 2009-2011, fornecidos pelo Departamento de Sistemas de Informação do ACeS de Oeiras. Estes dados foram recolhidos através do Sistema de Informação da ARS (SIARS), que permite “a colecta, tratamento, organização e partilha de informação para suporte à decisão” (Norte & Departamento, 2011, p. 3). Este sistema recolhe as informações provenientes de vários programas de apoio às consultas médicas e às consultas de enfermagem, sendo os principais no ACeS em estudo, o Sistema de Apoio ao Médico (SAM), o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e o Sistema Informático de Unidades de Saúde (SINUS).

Fundamentais foram também as entrevistas, semi-estruturadas, feitas aos nossos entrevistados no âmbito das suas funções, que permitiram aliar o saber e experiência de quem trabalha neste sector ao conhecimento teórico que existe sobre este tema.

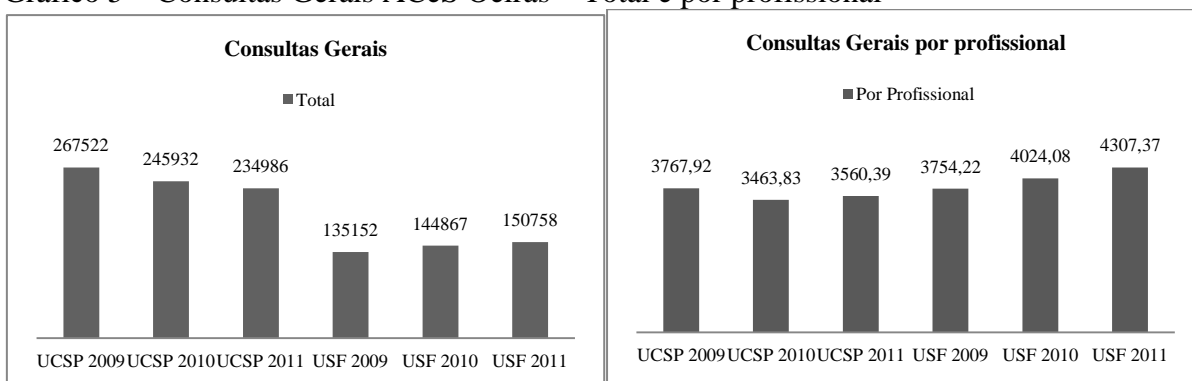
IV.I – Apresentação e análise dos dados

Em relação aos recursos humanos médicos, de ambas as unidades funcionais, apresentamos os dados da assiduidade e das consultas referentes aos anos 2009, 2010 e 2011 (Quadros 25, 26, 27, 28), presentes no Apêndice II.

O Gráfico 5, apresenta o número total de consultas gerais, baseado nos dados dos quadros acima mencionados.

O Gráfico 6, representa os dados cuja análise permite verificar se existe uma correlação entre o número de horas de consulta e o número de consultas efectuadas e o Gráfico 7, apresenta os dados cujo objectivo é verificar se existe uma correlação entre o número de ausências e o número de consultas.

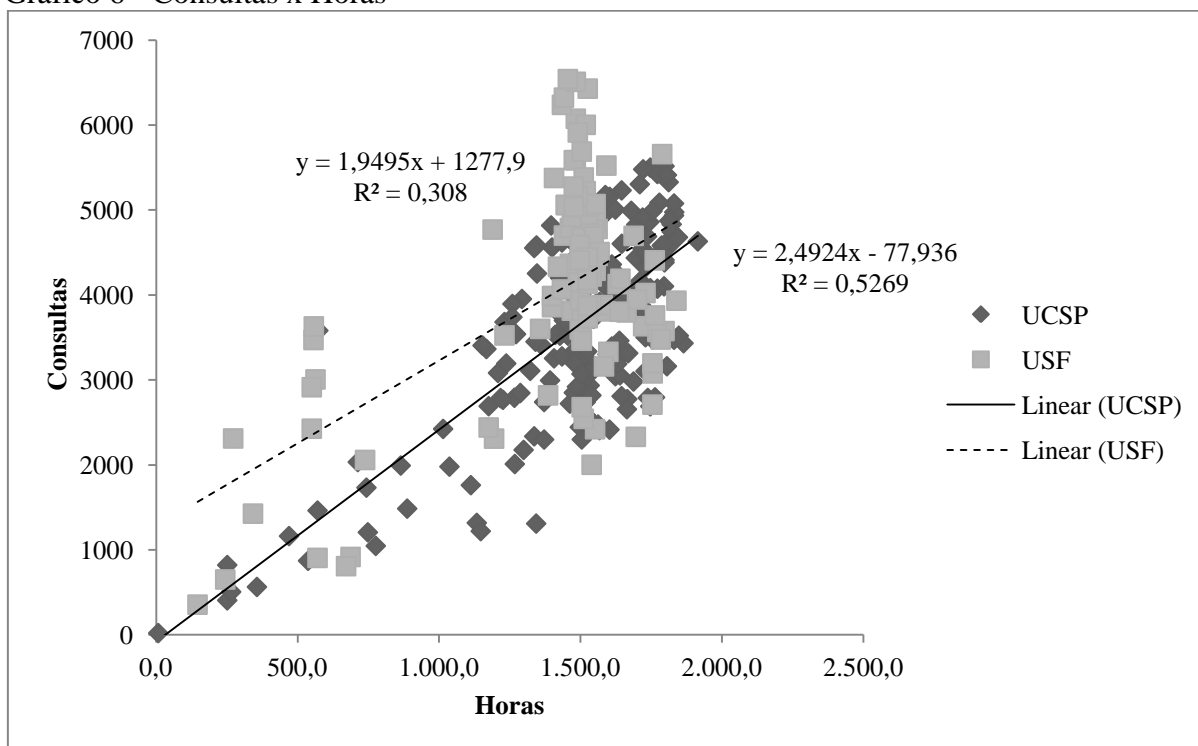
Gráfico 5 – Consultas Gerais ACeS Oeiras – Total e por profissional



Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento Sistema de Informações

No Gráfico 5, apresentamos o número de consultas efectuadas durante os três anos: o total das consultas gerais e o total das consultas gerais por profissional, por ano e por unidade. No que concerne ao total por unidade verificamos que o número de consultas nas UCSP veio a decrescer durante o triénio, enquanto nas USF esse número aumentou durante o mesmo período. No que respeita ao total de consultas por profissional, aferimos que nas UCSP houve uma diminuição de 2009 para 2010, mas aumentou em 2011, este facto pode estar relacionado com o número de profissionais que era inferior a 2010. Nas USF, notou-se sempre um crescimento de consultas por profissional.

Gráfico 6 - Consultas x Horas

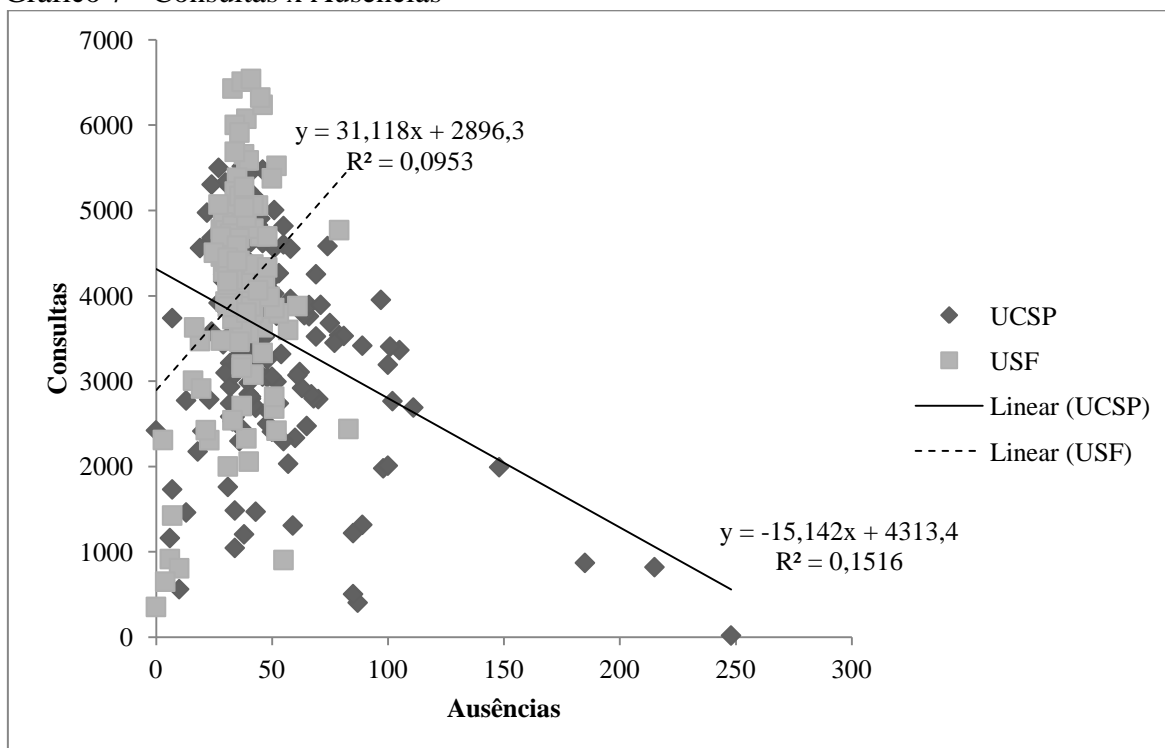


Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento Sistema de Informações

No Gráfico 6, tentamos aferir se existe uma correlação entre o número de horas dispendidas em consulta e o número de consultas efectuadas. As horas apresentadas são apenas as que correspondem ao horário oficial de cada profissional, porque seria difícil apurar as horas reais afectas a cada um.

Verificamos que existe correlação entre consulta/horas, visto que o valor de R^2 é superior a zero, $R^2 = 0,308$ (USF) e $R^2 = 0,5269$ (UCSP), e que esta é positiva devido ao sinal do declive que é indicado pelo primeiro valor da expressão e que, neste caso são positivos, USF $1,9495x$ e UCSP $2,4924x$. Conferimos a correlação porque sempre que o número de consultas aumenta o número de horas também aumenta. Verifica-se uma correlação mais acentuada nas UCSP do que nas USF, no entanto, nas USF são realizadas mais consultas do que nas UCSP, o que significa que muitas das consultas são efectuadas fora do horário estipulado.

Gráfico 7 - Consultas x Ausências



Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento Sistema de Informações

No Gráfico 7, para perceber se existe uma relação entre as ausências ocorridas e o número de consultas efectuadas, relacionamos as ausências médicas com o número de consultas efectuadas. As ausências referidas neste gráfico são originadas por: doença, férias, formação e congressos, entre outros.

Dos testes efectuados, verificamos que no caso das UCSP as ausências explicam 15% das consultas realizadas enquanto nas USF é de 9%. Estes resultados não são muito significativos. Recorremos ao SPSS para tentar compreender melhor os resultados. Os *outputs* estão anexados no Apêndice II.

Gráfico 8 - UCSP - Relação entre Consultas e Ausências

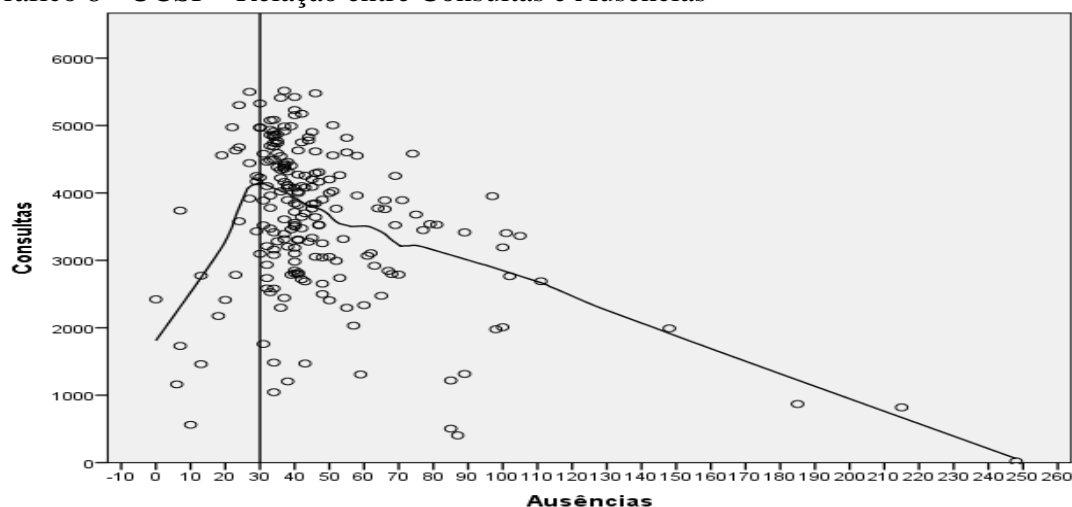
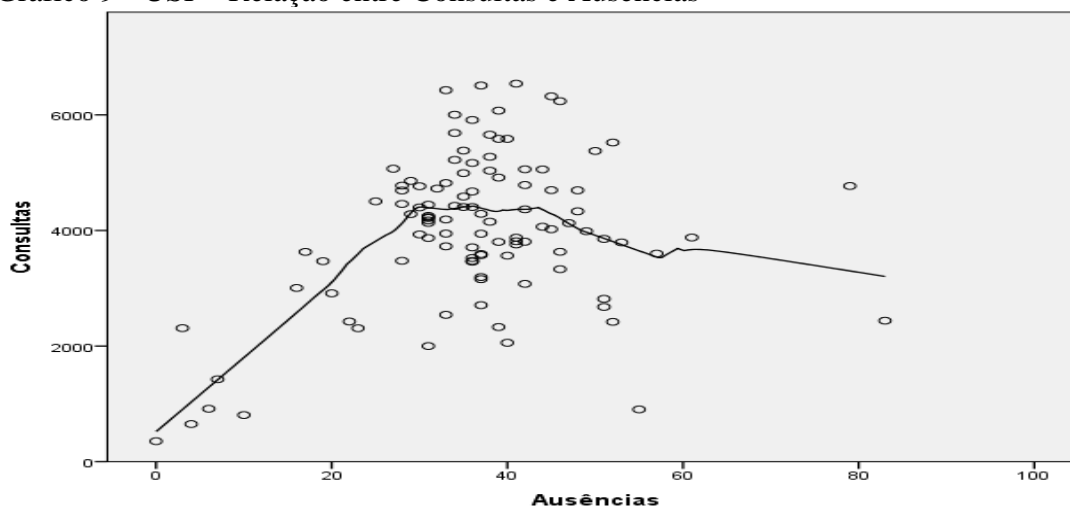


Gráfico 9 - USF - Relação entre Consultas e Ausências



Para se poder determinar se existe uma correlação entre as ausências e as consultas efectuadas pelas unidades do ACeS de Oeiras, foram realizados testes estatísticos no SPSS. Inicialmente foi testada a normalidade da população, tendo-se verificado que, quer nas UCSP quer nas USF, não existe normalidade, assim calculámos o coeficiente de correlação Spearman. Desta análise, verificou-se que nas UCSP existe uma correlação fraca (-0,252), mas significativa ($p < 0,001$), sendo que nas USF esta situação já não acontece ($p = 0,16$).

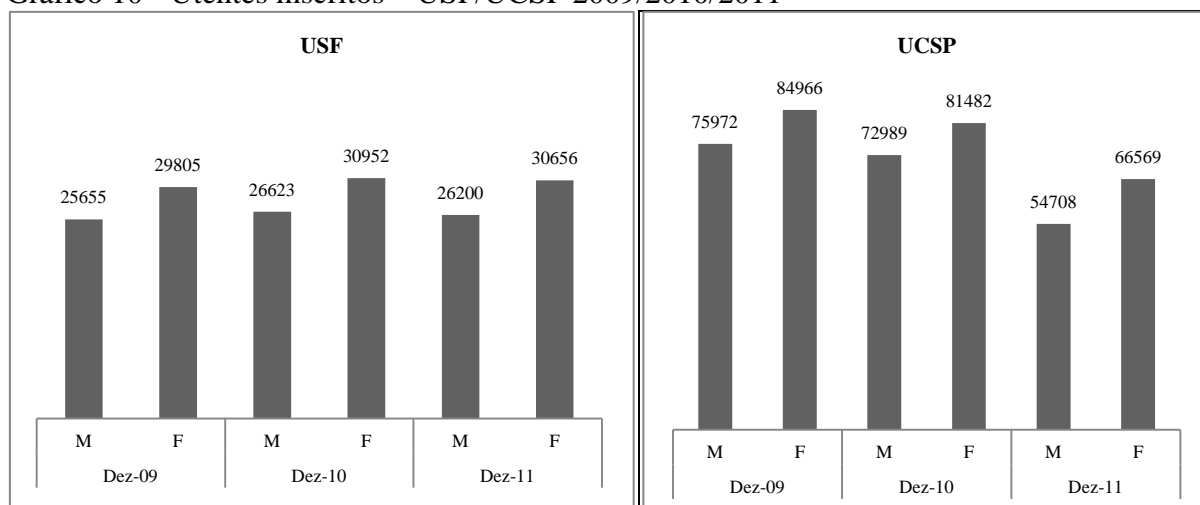
Realizámos posteriormente um teste de regressão linear, determinando-se que as ausências nas UCSP são um preditor significativo (sig 0,000) e (R^2 0,152), e que ocorre também nas USF (sig 0,000). No entanto, nas USF, esta variável não é tão explicativa, (R^2 0,095), como no caso das UCSP. Finalmente analisámos a relação linear dos dados e verificou-se que nas

UCSP existe uma relação linear negativa nos profissionais com mais de 30 ausências. Deduzimos que o número de consultas efectuadas não é explicado pelas ausências ocorridas. Nas USF, aferimos que não existe correlação entre as consultas e as ausências, e que não se verificou linearidade dos dados. Neste tipo de unidade, os profissionais que têm mais ausências também possuem um número elevado de consultas, podemos depreender que estes profissionais deverão efectuar consultas extras nos períodos em que estão presentes para que os seus utentes tenham a maior assistência possível.

Apresentamos no Gráfico 10, apenas o total dos utentes por ano/sexo. No Apêndice II expomos os quadros com dados por faixa etária.

Os indicadores são compostos por denominadores e numeradores, é neste último que o número de utentes inscritos tem influência em cada unidade funcional.

Gráfico 10 - Utentes inscritos – USF/UCSP 2009/2010/2011



Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento de Sistemas de Informação

Os números aqui apresentados de 2009 e 2010, não reflectem a correcção que mostramos nos indicadores a analisar, que é referente ao “expurgo” efectuado em Janeiro de 2011. Este “expurgo” foi feito aos utentes que não frequentavam a sua unidade funcional há mais de cinco anos, por iniciativa do ACeS de Oeiras. Posteriormente em 2012, foi executado novo “expurgo”, desta vez por iniciativa da ARSLVT, a utentes que não frequentavam a sua unidade funcional há mais de três anos.

No Quadro 13, apresentamos os utentes inscritos no ACeS de Oeiras com a indicação a que tipo de unidade funcional pertencem e se têm médico atribuído.

Quadro 13 - Utentes UCSP/USF

	Utentes UCSP				Utentes USF			
	Utentes Com Médico de Família Atribuído	Utentes Sem Médico de Família Atribuído	Total Utentes	Média Utentes por Médico	Utentes Com Médico de Família Atribuído	Utentes Sem Médico de Família Atribuído	Total Utentes	Média Utentes por Médico
Antes do “Expurgo” (2009, 2010)								
2009	122 500	38 438	160 938	2 266,73	55 456	6	55 462	1 540,61
2010	105 330	49 142	154 472	2 175,66	57 569	6	57 575	1 599,31
2011	94 025	27 253	121 278	1 837,55	55 212	1 644	56 856	1 621,46
Depois do “Expurgo” (2009, 2010)								
	C/S Médico Atribuído							
2009	117 574			1 655,97	53 216			1 478,22
2010	111 107			1 564,89	55 331			1 536,97
2011	121 278			1 837,55	56 856			1 621,46

Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento de Sistemas de Informação

No Quadro 13, observamos que as UCSP têm mais utentes inscritos por médico do que as USF antes e após o “expurgo”, considerando os utentes com e sem médico atribuído. Se não contabilizarmos os utentes sem médico, verificamos que as USF tinham mais utentes do que as UCSP em 2010 e 2011.

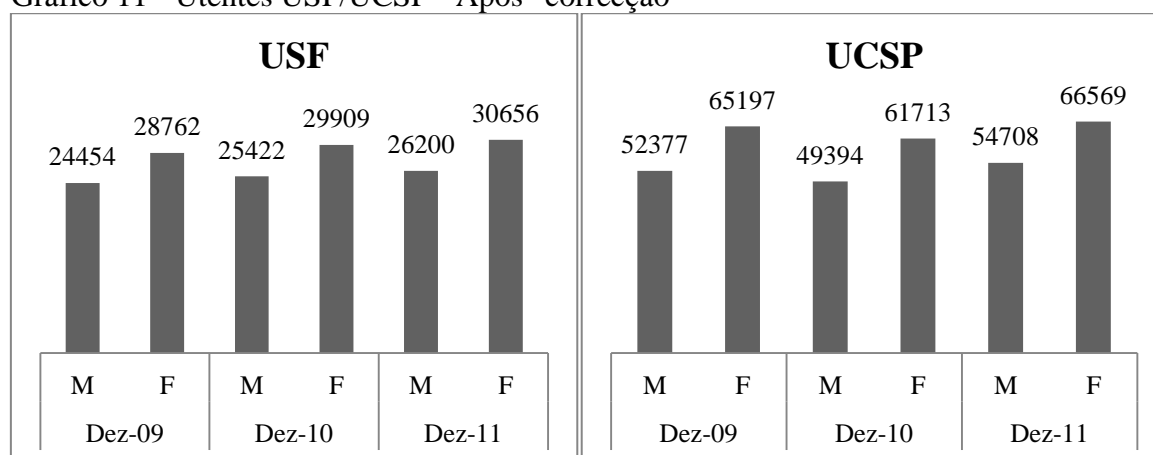
Indicadores Comuns – USF e UCSP

Apresentamos os indicadores com os valores oficiais de cada unidade, bem como os indicadores com os valores percentuais que as unidades obteriam se os utentes que foram

“expurgados” (colocados numa lista à parte) já não pertencessem às suas unidades em 2009 e 2010. Ou seja, a correcção é efectuada com o valor obtido com a diferença de utentes inscritos em Dezembro de 2010 e Janeiro de 2011. Apesar de se utilizar estes números como base para os anos transactos, queremos ressaltar que os utentes que não frequentavam as suas unidades em 2009 e 2010 poderiam não ter esta dimensão.

No Gráfico 11, apresentamos os utentes inscritos já com a “correcção” efectuada.

Gráfico 11 - Utentes USF/UCSP - Após “correcção”



Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento Sistemas de Informação

Os Gráficos 10 e 11, representam o número de utentes inscritos antes e depois do “expurgo” efectuado. Poderemos verificar que nas USF em 2009, houve uma diminuição de 4,68% relativo ao sexo masculino e 3,50% ao sexo feminino. Nas UCSP, no mesmo ano, houve igualmente uma diminuição, neste caso de 31,06% referente ao sexo masculino e 23,27% ao sexo feminino. No ano 2010, nas USF houve uma diminuição na ordem dos 4,51% no sexo masculino e 3,37% no sexo feminino. Nas UCSP houve uma diminuição de 32,33% no sexo masculino e 24,26% no sexo feminino. Em ambos os tipos de unidade podemos concluir que o sexo feminino frequenta mais a sua unidade funcional. De acordo com os dados presentes no Quadro 33 (Apêndice II), a média de utilizadores após “correcção” no triénio 2009-2011 nas UCSP foi de 62,60% e enquanto nas USF foi de 62,86%.

Seguidamente, analisamos os resultados dos indicadores, representando graficamente os dados oficiais e os dados corrigidos. Os quadros com os dados e o modo de construção

encontram-se no Apêndice III. Todos os gráficos que apresentamos de seguida foram elaborados com base nos dados fornecidos pelo ACeS Oeiras – Departamento de Sistemas de Informação.

Acesso

Neste indicador, podemos utilizar os resultados de um inquérito realizado em 2010. Este inquérito foi realizado em simultâneo em todas as unidades do ACeS e a amostra final foi de 2 114 questionários. Corresponde a 60,88% questionários realizados nas UCSP e 39,12% nas USF. Desta amostra, 67,01% dos utentes eram do sexo feminino e 32,99% eram do sexo masculino.

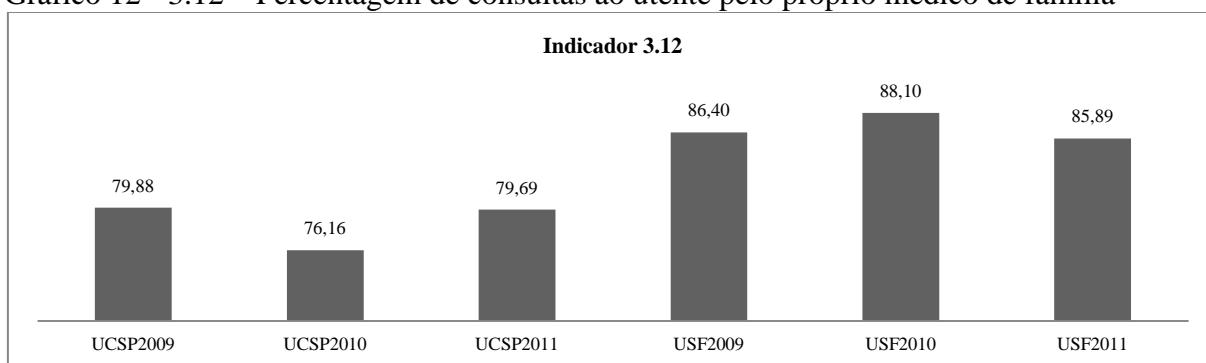
Quadro 14 - Frequência de Utilização UCSP/USF

Unidade/Frequência de utilização	1 vez por ano ou menos	Pelo menos de 1 vez em seis meses	Pelo menos de 1 vez em três meses	Pelo menos de 1 vez por mês
UCSP	27,20%	24,82%	23,69%	24,29%
USF	23,18%	25,00%	26,15%	25,67%

Fonte: Adaptado de (Vazão, et al., 2011)

No Quadro 14, os dados sugerem que os utentes das UCSP vão às suas unidades funcionais uma vez por ano ou então de seis em seis meses, enquanto nas USF, os utentes frequentam as suas unidades pelo menos de três em três meses.

Gráfico 12 - 3.12 – Percentagem de consultas ao utente pelo próprio médico de família

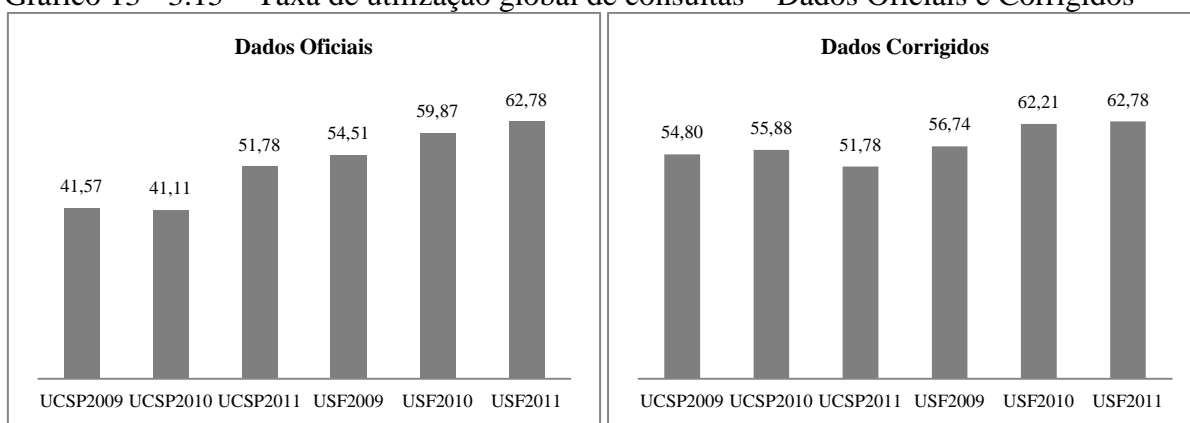


Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento Sistemas de Informação.

Nota: Neste indicador não se irá realizar nenhum recálculo porque o denominador incide sobre o número de consultas e não sobre o número de utentes.

No gráfico em análise, observamos que nas UCSP existiu uma descida de consultas, de 2009 para 2010, subindo depois em 2011, facto que já não aconteceu nas USF que aumentaram de 2009 para 2010 para depois baixar em 2011. Verificamos que, apesar de ter havido uma descida de 2010 para 2011, os utentes das USF são observados mais vezes pelos seus médicos de família do que os das UCSP. Os valores das UCSP podem ser atribuídos aos utentes sem médico de família, de acordo com o Quadro 13, houve uma subida de 2009 para 2010 e depois uma descida de 2010 para 2011.

Gráfico 13 - 3.15 – Taxa de utilização global de consultas – Dados Oficiais e Corrigidos

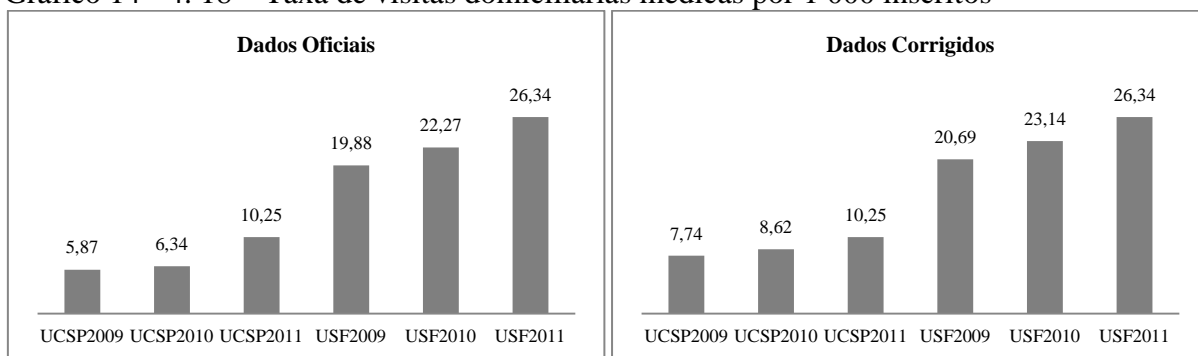


Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento Sistemas de Informação

No Gráfico 13, podemos aferir que segundo os dados corrigidos, a taxa global de consultas nas UCSP subiram de 2009 para 2010, voltando a descer em 2011. Nas USF este registo foi sempre em crescendo. Comparando as duas unidades, durante o triénio, as USF tiveram sempre valores mais elevados do que as UCSP, apesar de em 2009 as UCSP terem mais utilizadores do que as USF.

Neste indicador, existe um factor crítico uma vez que o mesmo utente poder ter várias primeiras consultas, e isso é mais fácil de ocorrer se esse utente tiver médico atribuído, onde efectua vigilância. Este caso poderá contribuir para os dados inferiores obtidos pelas UCSP, onde existem utentes sem médico atribuído.

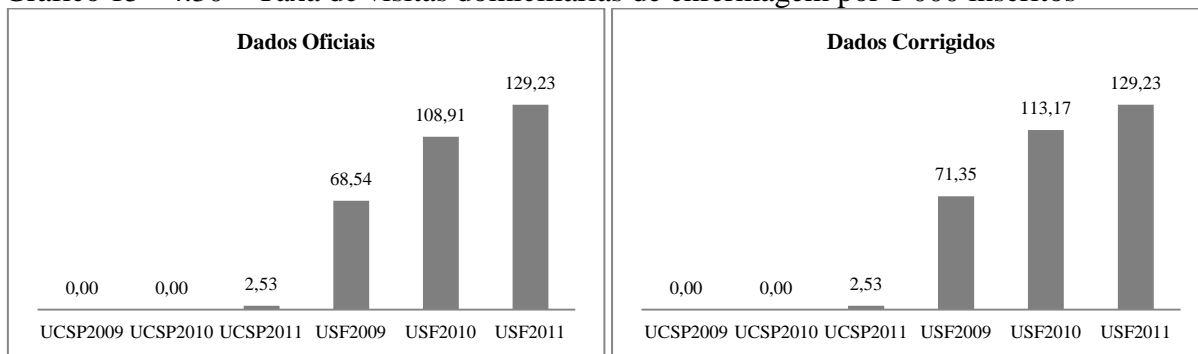
Gráfico 14 - 4.18 – Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1 000 inscritos



Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento Sistemas de Informação

As taxas de visitas domiciliárias aumentaram durante os três anos em ambas as unidades, no entanto, regista-se menor número de visitas nas UCSP do que nas USF.

Gráfico 15 - 4.30 – Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1 000 inscritos

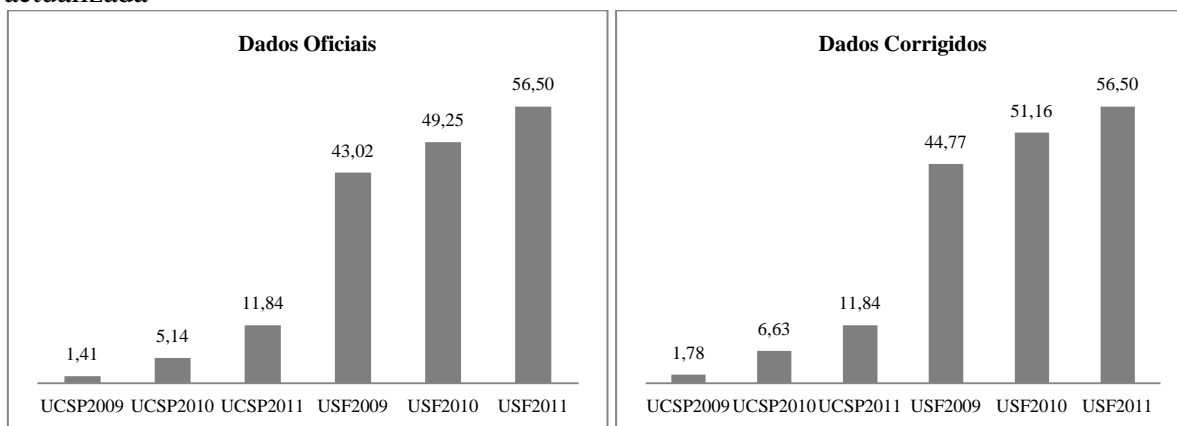


Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento Sistemas de Informação

Nas visitas domiciliárias de enfermagem existem valores nulos nas UCSP em 2009 e 2010. Verificou-se que estes valores são devidos à falta de registos nos sistemas de informação, por que em algumas unidades, existiam outros métodos de registo, além daquele que era utilizado pelas USF. Esta diferença de método de introdução de dados impossibilita a comparação anual nas UCSP, e também entre os valores obtidos por ambas as unidades neste triénio. Nas USF as visitas aumentaram durante os três anos em análise.

Desempenho Assistencial

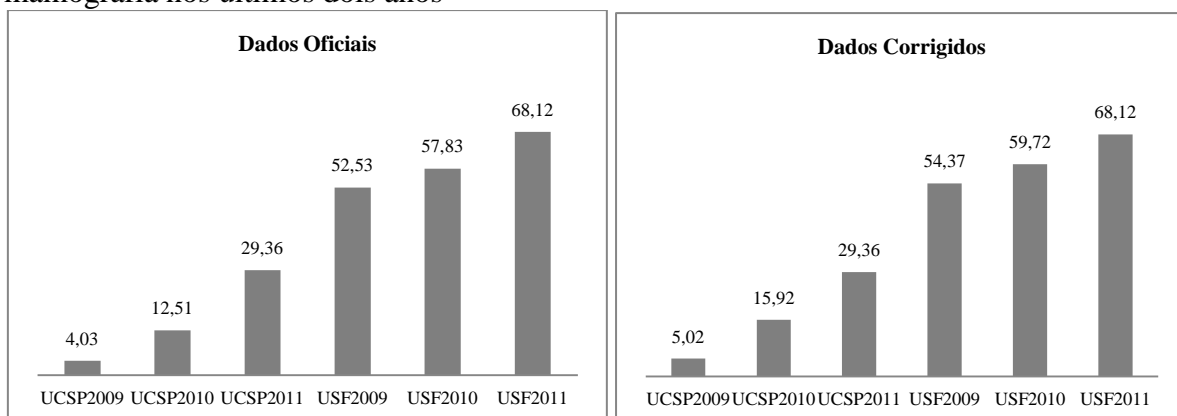
Gráfico 16 - 5.2 – Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada



Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento Sistemas de Informação

Neste indicador, as UCSP têm valores muito inferiores às USF, o que poderá dever-se aos registos nos sistemas de informação, em 2011 aumentou 6% face a 2010. No entanto, em ambas as unidades registou-se um aumento consecutivo nos três anos em análise. Este dado poderá ter a ver com o facto de existirem mais consultas de planeamento familiar por profissional nas USF do que nas UCSP.

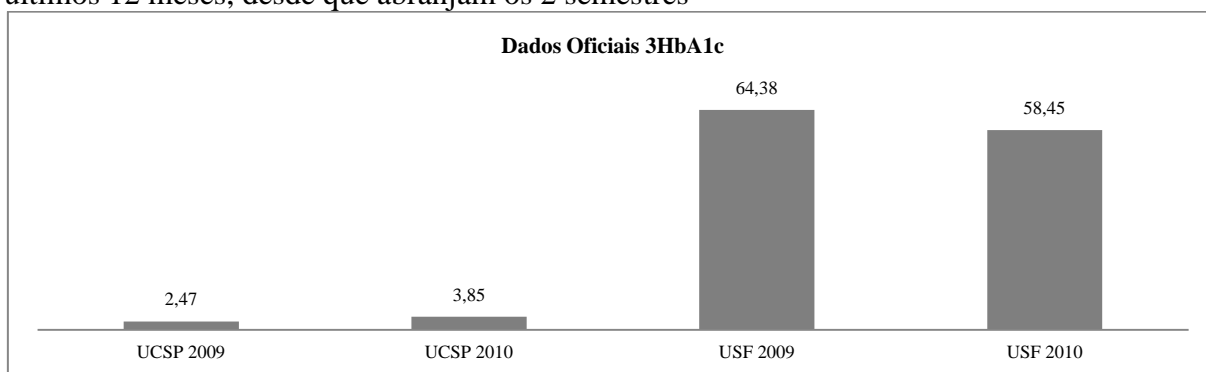
Gráfico 17 - 5.1M – Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos dois anos



Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento Sistemas de Informação

Nas mulheres com registo de mamografia, verificou-se um aumento consecutivo em ambas as unidades nos três anos em análise, no entanto, as USF assinalam valores superiores às UCSP, este facto poderá ser devido aos registos inseridos informaticamente.

Gráfico 18 - 5.4M – Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1c registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres



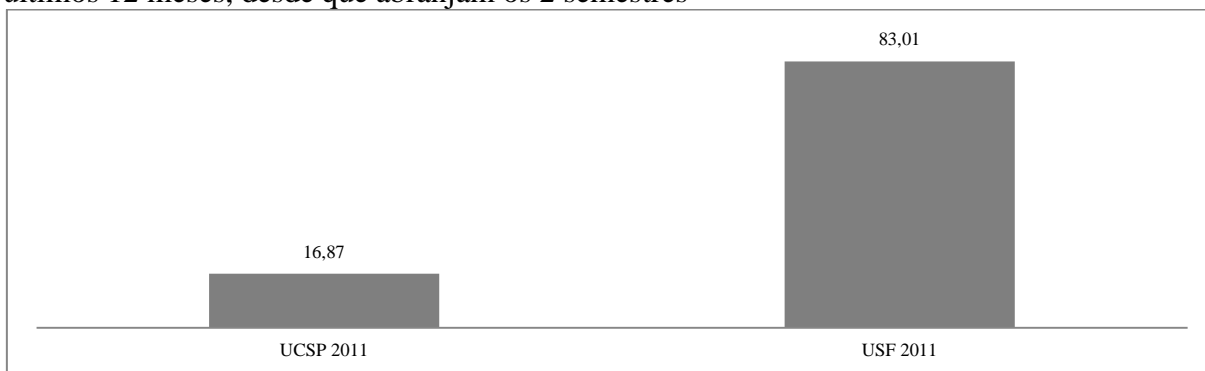
Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento Sistemas de Informação.

Nota: Neste indicador não iremos efectuar nenhum recálculo porque o denominador incide sobre o número de diabéticos e não de utentes.

Nos valores do indicador dos diabéticos, verificámos uma descida nas USF de 2009 para 2010 e uma subida nas UCSP no mesmo período. Os valores baixos assinalados nas UCSP poderão ser devido aos registos efectuados nos sistemas de informação.

Em 2009 e 2010, este indicador era definido, pela percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1c registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres, em 2011 houve alteração e o indicador passou a ser definido pela percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1c registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres.

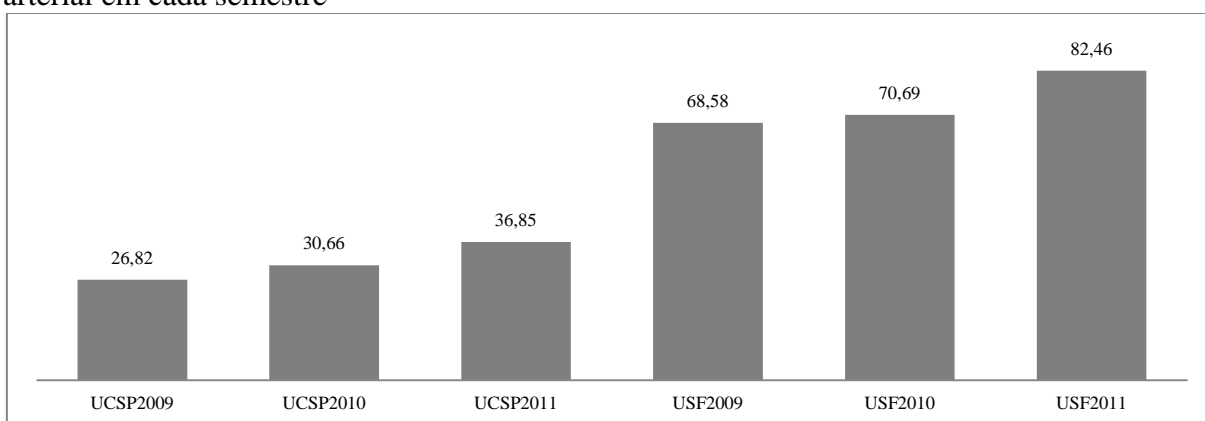
Gráfico 19 - 5.4M2 – Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1c registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres



Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento Sistemas de Informação

Em 2011, observou-se que as USF continuam com um valor superior ao das UCSP.

Gráfico 20 - 5.10Mi – Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre

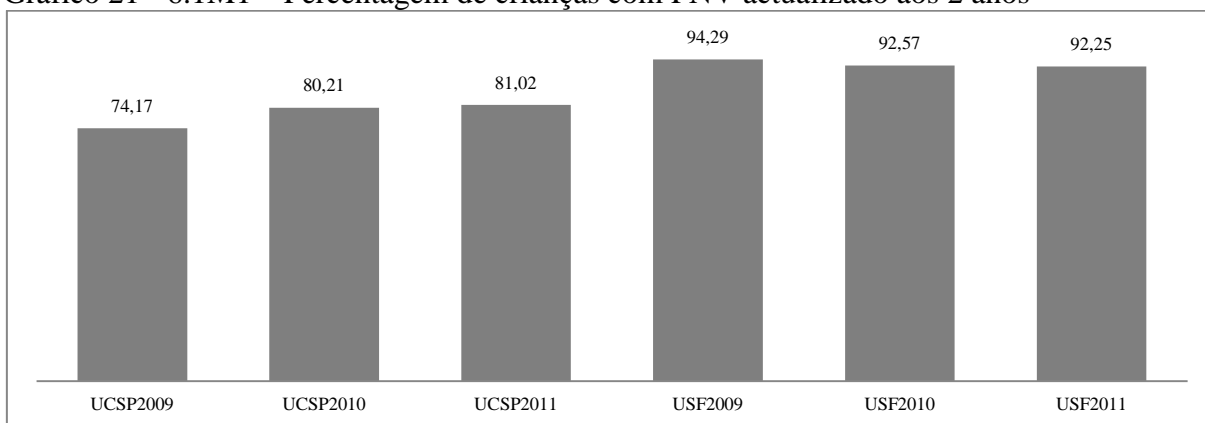


Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento Sistemas de Informação.

Nota: Neste indicador não se irá realizar nenhum recálculo porque o denominador incide sobre o número de utentes inscritos no programa de hipertensão e não sobre o número de inscritos.

No indicador dos hipertensos, verificámos que em ambas as unidades os valores aumentaram durante os três anos, no entanto, os valores nas USF são mais elevados do que nas UCSP.

Gráfico 21 - 6.1M1 – Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos

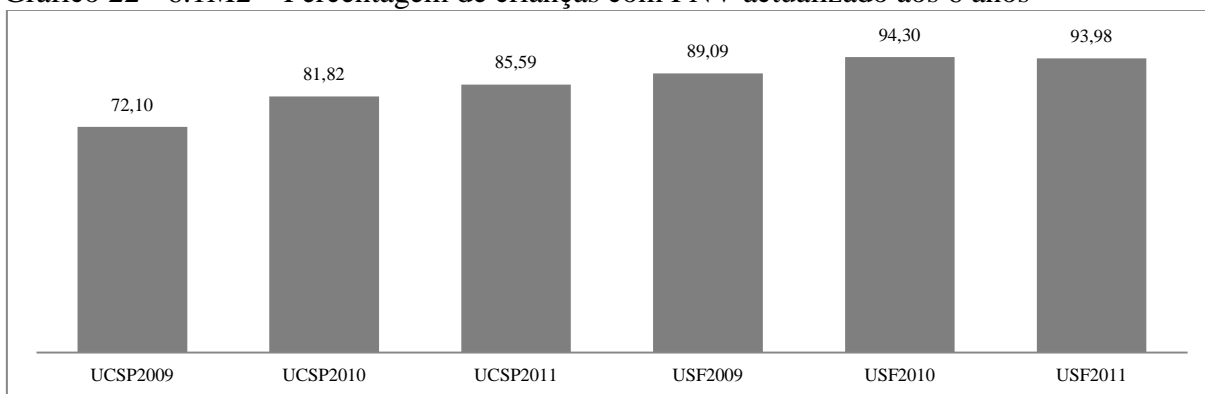


Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento Sistemas de Informação.

Nota: Neste indicador não se irá realizar nenhum recálculo porque o denominador incide sobre os utentes com dois anos e o expurgo só incidiu sobre quem não ia à unidade há 5 anos.

O indicador das crianças com o PNV actualizado aos 2 anos nas UCSP aumentou durante os três anos consecutivamente, já o mesmo não sucedeu nas USF. No entanto, se compararmos anualmente, as USF possuem valores superiores aos das UCSP.

Gráfico 22 - 6.1M2 – Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos

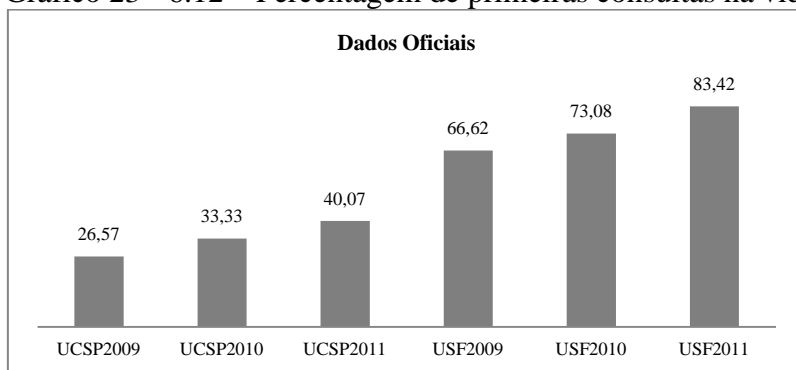


Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento Sistemas de Informação.

Nota: Neste indicador não se irá realizar nenhum recálculo porque o denominador incide sobre o n.º de crianças que completam 6 anos no período em análise e a pirâmide etária fornece apenas dados das crianças entre os 5 e os 9 anos, não sendo possível apurar quantas crianças tinham 6 anos na altura do expurgo.

No indicador das crianças com o PNV actualizado aos 6 anos verificamos que nas UCSP houve uma subida durante os três anos, enquanto nas USF no ano 2011 houve uma descida ligeira face ao ano anterior.

Gráfico 23 - 6.12 – Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias

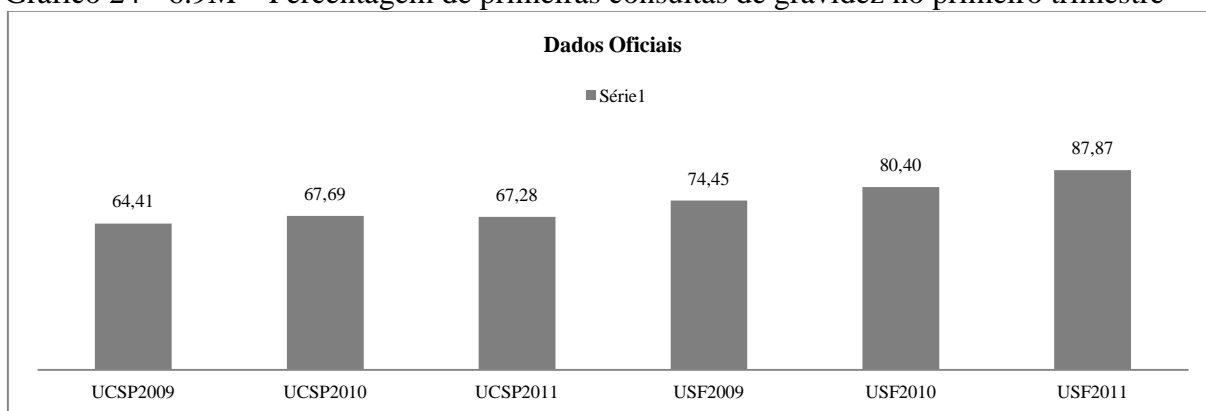


Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento Sistemas de Informação.

Nota: Neste indicador não se irá realizar nenhum recálculo porque o denominador incide sobre o nº primeiras consultas na vida.

Neste indicador verificamos que houve um aumento, nos dois tipos de unidades, nos três anos em análise, no entanto as USF registam valores superiores aos das UCSP.

Gráfico 24 - 6.9M – Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre



Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento Sistemas de Informação.

Nota: Neste indicador não se irá realizar nenhum recálculo porque o denominador incide sobre o nº de grávidas.

No indicador das grávidas, verificamos que nas UCSP registou-se uma ténue descida de 2010 para 2011. Nas USF registou-se um aumento durante os três anos em análise.

Satisfação dos utentes (Qualidade Percepcionada)

Indicador s/ número – Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de questionário – classificação final).

No Quadro 15, indicamos qual a satisfação dos utentes do ACeS em relação ao respectivo item. O encarnado (enc) é nada satisfatório, o laranja (lar) é pouco satisfatório, o amarelo (ama) é satisfatório e o verde (ver) é muito satisfatório. O resultado apresentado refere o número de unidades que tiveram aquela avaliação.

Quadro 15 - Satisfação dos utentes UCSP/USF/ACES

Unidade de Saúde	UCSP				USF			
	Grau de Avaliação							
Itens	Enc	Lar	Ama	Ver	Enc	Lar	Ama	Ver
Qualidade das instalações								
Gabinetes Médicos	3	0	1	2	0	0	0	4
Salas de enfermagem	3	0	1	2	0	0	0	4
Balcões Administrativos	3	2	1	0	0	0	0	4
Conforto das Salas de Espera	2	1	1	2	0	0	0	4
Limpeza Geral	0	3	2	1	0	0	0	4
Limpeza e condições dos sanitários	2	0	2	2	0	0	1	3

Unidade de Saúde	UCSP				USF			
	Grau de Avaliação							
Itens	Enc	Lar	Ama	Ver	Enc	Lar	Ama	Ver
Horário de Funcionamento								
Consulta Médica	0	5	1	0	0	0	1	3
Sala de Tratamentos	2	2	2	0	0	0	0	4
Vacinação	2	2	2	0	0	0	1	3
Qualidade Informação escrita	2	2	1	1	0	0	0	4
Sinalização interna	3	2	1	0	0	0	0	4
Unidades de Saúde	UCSP				USF			
	Grau de Avaliação							
Itens	Enc	Lar	Ama	Ver	Enc	Lar	Ama	Ver
Facilidade no atendimento telefônico								
Administrativo	3	0	3	0	0	0	1	3
Médico	2	1	3	0	0	0	2	2
Enfermeiro	2	3	1	0	0	0	0	4
Outros profissionais	2	1	3	0	0	0	1	3
Unidades de Saúde	UCSP				USF			
	Grau de Avaliação							
Itens	Enc	Lar	Ama	Ver	Enc	Lar	Ama	Ver
Facilidade em marcar consulta								
Presencialmente	2	3	1	0	0	0	0	4
Por telefone	2	1	3	0	0	0	1	3
Por e-agenda	1	4	1	0	0	0	0	4

No próprio dia	2	3	1	0	0	0	0	4
Unidades de Saúde	UCSP				USF			
	Grau de Avaliação							
Itens	Enc	Lar	Ama	Ver	Enc	Lar	Ama	Ver
Rapidez no atendimento/tempo de espera								
Atendimento Administrativo	2	2	2	0	0	0	0	4
Atendimento Médico	0	5	0	1	0	0	0	4
Atendimento Enfermagem	1	4	1	0	0	0	0	4
Outros Profissionais	2	1	1	2	0	0	0	4
Unidades de Saúde	UCSP				USF			
	Grau de Avaliação							
Itens	Enc	Lar	Ama	Ver	Enc	Lar	Ama	Ver
Amabilidade dos Profissionais								
Administrativos	0	4	2	0	0	0	0	4
Médicos	2	0	3	1	0	0	0	4
Enfermeiros	1	4	1	0	0	0	0	4
Outros Profissionais	1	1	3	1	0	0	1	3
Unidades de Saúde	UCSP				USF			
	Grau de Avaliação							
Itens	Enc	Lar	Ama	Ver	Enc	Lar	Ama	Ver
Eficiência das Intervenções dos Profissionais								
Administrativos	0	5	1	0	0	0	0	4
Médicos	1	1	3	1	0	0	1	3

Enfermeiros	1	3	1	1	0	0	0	4
Outros Profissionais	2	2	1	1	0	0	1	3
Unidades de Saúde	UCSP				USF			
	Grau de Avaliação							
Itens	Enc	Lar	Ama	Ver	Enc	Lar	Ama	Ver
Serviço Domiciliário								
Médicos	1	3	1	1	0	0	0	4
Enfermeiros	2	2	1	1	0	0	0	4
Outros Profissionais	2	2	2	0	0	0	1	3

Fonte: Adaptado de (Vazão, et al., 2011, pp. 37-41)

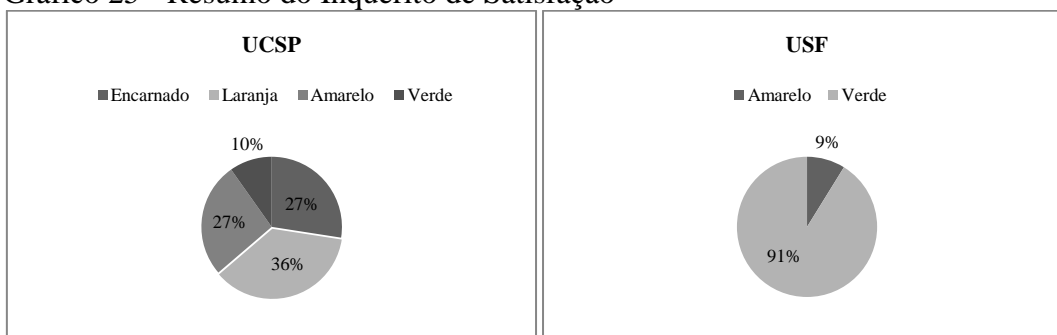
Este quadro, apresenta os resultados do inquérito de satisfação realizado nas instalações do ACeS Oeiras e, que está dividido em 13 questões principais, sendo estas foram divididas em 29 questões secundárias de forma a abordar os vários sectores.

Foram analisadas na sua totalidade, 34 questões, desde a qualidade das instalações até ao serviço domiciliário. Após a análise, deduzimos que os utentes das UCSP demonstram uma insatisfação mais acentuada no que respeita à qualidade das instalações, à facilidade no atendimento telefónico por parte dos administrativos, sinalização interna. Os utentes das USF demonstraram uma insatisfação mas, mais moderada, no que respeita à facilidade no atendimento telefónico por parte dos médicos e ao horário da vacinação.

No que respeita à qualidade das instalações, esta insatisfação poderá ser devida ao facto de algumas unidades funcionarem em edifícios antigos.

O gráfico seguinte engloba a totalidade das respostas às questões anteriormente apresentadas de forma a ter-se uma noção global da satisfação dos utentes.

Gráfico 25 - Resumo do Inquérito de Satisfação

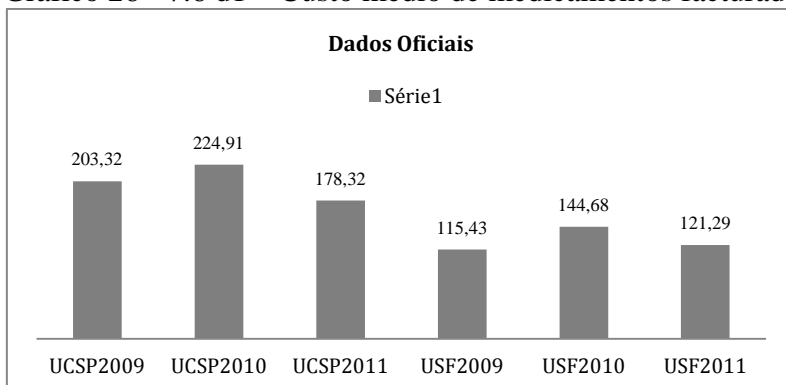


Fonte: Adaptado de (Vazão, et al., 2011, pp. 37-41)

A análise destes gráficos, permite-nos deduzir que os utentes encontram-se mais satisfeitos com as USF do que com as UCSP.

Eficiência Económica (Desempenho Económico-Financeiro)

Gráfico 26 - 7.6 d1 – Custo médio de medicamentos facturados (PVP) por utilizador SNS



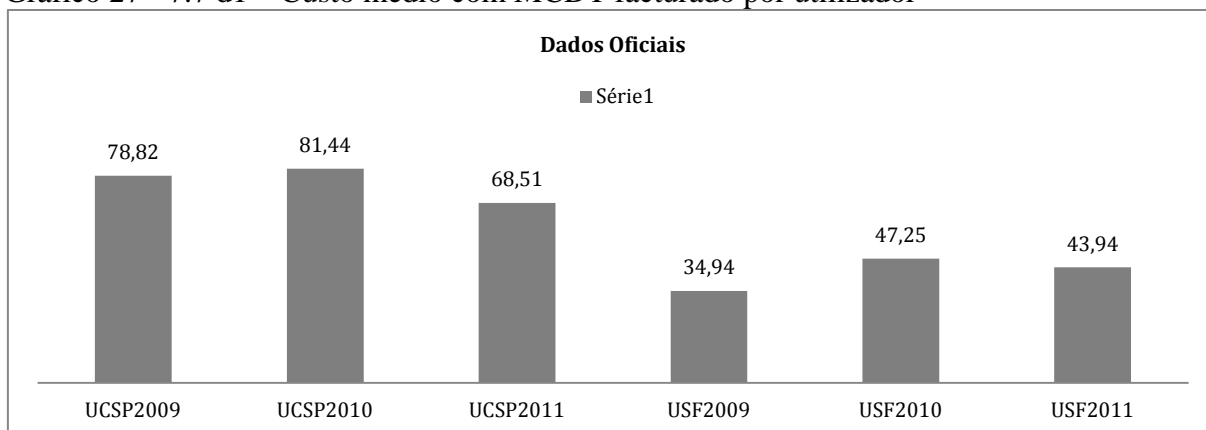
Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento Sistemas de Informação.

Nota: Neste indicador não se irá realizar nenhum recálculo porque o denominador incide sobre o nº de utilizadores SNS.

No Gráfico 26, poderemos verificar que em 2010, tanto nas UCSP como nas USF houve um aumento no custo de medicamentos, comparando com o ano anterior, no entanto registou-se, logo no ano seguinte, uma descida no custo dos mesmos em ambas as unidades. Comparando os valores apurados, verificamos que as USF têm custos menores do que as UCSP.

Em 2009/2010, ocorreu em Portugal um período epidémico de Gripe A, que poderá ter contribuído para este aumento de custos, tanto nos medicamentos como nos MCDT (Pechirra, Gonçalves, Conde, João, Nunes, & Guiomar, 2012).

Gráfico 27 - 7.7 d1 – Custo médio com MCDT facturado por utilizador



Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento Sistemas de Informação.

Nota: Neste indicador não se irá realizar nenhum recálculo porque o denominador incide sobre o nº de utilizadores SNS.

No Gráfico 27, verificamos que ocorre a mesma situação que ocorreu com o custo dos medicamentos, houve um aumento de 2009 para 2010, para depois diminuir em 2011 e aconteceu tanto nas UCSP como nas USF.

V – Discussão dos Resultados

Dos quinze indicadores comuns às UCSP e às USF, escolhemos seis para responder às hipóteses levantadas anteriormente que incidiam sobre o acesso, o desempenho assistencial, a satisfação e a eficiência económica (desempenho económico-financeiro).

Para isso analisámos os resultados apresentados anteriormente sobre os seguintes indicadores: (1) Acesso – 3.15, (2) Desempenho Assistencial – 5.2 e 6.12, (3) Qualidade – s/n.º, (4) Eficiência Económica – 7.6 d1 e 7.7 d1. Além dos valores alcançados pelas unidades funcionais, verificaremos se o n.º de utilizadores e os utentes sem médico influenciam os resultados obtidos.

No que respeita ao indicador sobre o Acesso, este foi escolhido com base no Plano Estratégico 2010-2011 da Missão dos Cuidados de Saúde Primários, em que se salienta e passo a citar “Os cidadãos esperam que o sistema de saúde lhes facilite acesso a cuidados de saúde com qualidade, equidade e segurança...” (Primários M. p., 2010, p. 10).

Acesso

Hipótese 1 - O acesso nas USF é mais adequado do que nas UCSP, no que concerne à taxa de utilização global de consultas.

O acesso às unidades funcionais foi analisado através do indicador das taxas globais de consultas (3.15). Apesar de a média de utentes por unidade ser mais elevado nas UCSP, verificamos que também é neste tipo de unidade que a média de utilizadores é menor, ou seja, apesar de as USF terem menos utentes por unidade, têm uma maior taxa de utilização do que as unidades UCSP.

Os resultados apresentados no Gráfico 13, reforça a informação de que nos três anos, a taxa de utilização foi sempre superior nas USF. Portanto poderemos deduzir que as USF estão organizadas de forma a fornecer um melhor acesso aos seus utentes do que as UCSP. Neste indicador existe um factor crítico uma vez que o mesmo utente poder ter várias primeiras

consultas, e isso é mais fácil de ocorrer se esse utente tiver médico atribuído, onde efectua vigilância. Este caso poderá contribuir para os dados inferiores obtidos pelas UCSP, onde existe um número significativo de utentes sem médico atribuído.

Desempenho Assistencial

Os indicadores de Desempenho Assistencial escolhidos foram os referentes à saúde infantil, por ser muito importante a primeira consulta de vida até aos 28 dias. Na saúde da mulher no que respeita à existência da vigilância foi estudada a realização das colpocitologias que permitem a realização do rastreio do cancro do colo do útero (Saúde & Saúde, 2004).

Saúde da mulher

Hipótese 2 - O desempenho assistencial, relativamente à percentagem de mulheres com colpocitologia actualizada, é superior nas USF do que nas UCSP.

Segundo os utentes inscritos por sexo (Quadros 29-32), verificamos que o sexo feminino se encontra em prevalência em relação ao sexo masculino, com uma média anual dos três anos, de 53,5% nas UCSP e 53,8% nas USF. E na faixa etária dos 25 aos 64 anos, as UCSP têm em média uma percentagem maior de utentes femininos (31,7%) do que as USF (30,3%).

Quando analisamos os resultados do indicador sobre as colpocitologias (ind. 5.2) (Gráfico16), verificamos que os resultados são mais elevados nas USF do que nas UCSP. Portanto daqui poderemos deduzir que as utentes das UCSP realizam mais este exame fora, ou então não fazem o rastreio nas consultas de planeamento familiar que são realizadas nas suas unidades, optando por outras alternativas, enquanto nas USF esta opção é inversa, ou seja, as utentes preferem realizar este exame nas suas unidades. Estes resultados coincidem com as consultas realizadas, em que nas USF se fazem mais consultas de planeamento familiar do que as UCSP (Quadro 28), com excepção de 2009, o que poderá ser devido ao facto de uma USF só ter iniciado actividade em Agosto desse ano.

Com os dados obtidos, não nos foi possível analisar qual a influência dos utentes sem médico neste tipo de consulta. Apenas podemos deduzir que nas UCSP poderá haver dois factores que poderão influenciar os resultados, o registo informático insuficiente e os utentes sem médico.

Saúde Infantil

Hipótese 3 - O desempenho assistencial, no que respeita à realização de consultas nos primeiros 28 dias de vida nas USF é superior do que nas UCSP.

Na saúde infantil, quando avaliamos a primeira consulta de vida até aos 28 dias, apenas nos podemos basear nos resultados obtidos através dos indicadores, porque os dados fornecidos sobre as faixas etárias não abrange unicamente o primeiro ano de vida, vai dos 0 aos 4 anos.

No que respeita às consultas realizadas por unidade, estas foram superiores em 2009 e 2010 nas UCSP. No entanto quando analisamos por profissional, as USF realizaram mais consultas de saúde infantil nos três anos do que as UCSP (Quadro 28).

Os resultados do indicador sobre a primeira consulta na vida (Gráfico 23) indicam-nos que esta é realizada em maior percentagem nas USF do que nas UCSP. Isso poderá estar relacionado com o facto de as USF terem mais consultas de saúde infantil e de saúde materna por profissional. O agendamento da primeira consulta do recém-nascido é feito com a mãe assim que o bebé nasce. Os valores mais baixos das UCSP poderão ser devidos à falta de coordenação entre médico e enfermeira de família, ou então devido à falta de recursos humanos.

Satisfação

Hipótese 4 - A satisfação dos utentes é superior nas USF do que nas UCSP.

O indicador sobre a satisfação é muito importante. Actualmente o processo muito centrado no utente, conforme salientado pelo nosso entrevistado (E2). A ideia é reforçada no documento

de trabalho elaborado pelo Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários que, sobre a avaliação da satisfação dos utentes “Considera também a identificação e monitorização das necessidades e das expectativas dos utentes como um ponto de partida para a melhoria da qualidade e uma peça importante do “movimento contínuo” de melhoria de funcionamento da Unidade de Saúde.” (Primários G. T., 2012, p. 2).

Para analisarmos este parâmetro, utilizámos o questionário realizado em 2010, no ACeS de Oeiras, e do qual podemos verificar que os utentes das USF estão mais satisfeitos do que os utentes das UCSP (Gráfico 25).

Segundo o Quadro 14, as UCSP tiveram maior insatisfação no que respeita: à qualidade das instalações administrativas; ao horário de funcionamento; facilidade do atendimento telefónico; facilidade em marcar consulta; na rapidez do atendimento; na eficiência das intervenções dos profissionais e no atendimento domiciliário. Enquanto nas USF, a insatisfação esteve patente, mas num grau menor, no horário de funcionamento; no atendimento telefónico; na eficiência das intervenções dos profissionais.

Estes resultados, poderão explicar as taxas de utilização de cada tipo de unidade funcional, porque um utente que não esteja satisfeito, recorre menos à sua unidade do que um utente satisfeito.

Desempenho Eficiência Económica 7.6 d1 e 7.7 d1

Hipótese 5 - A eficiência económica através dos medicamentos e dos MCDT facturados é superior nas USF do que nas UCSP.

Os indicadores, custo médio de medicamentos e MCDT facturados, foram escolhidos por serem as duas áreas escolhidas na contratualização (Primários G. d., 2009, p. 51).

A análise dos Gráficos 26 e 27, permitiu-nos deduzir que os gastos são inferiores nas USF do que nas UCSP.

No que respeita aos medicamentos, poderemos verificar que em 2010, tanto nas UCSP como nas USF houve um aumento comparando com o ano anterior, no entanto registou-se logo no ano seguinte uma descida no custo dos mesmos, em ambas as unidades.

Em relação aos MCDT, verificamos que houve um aumento de 2009 para 2010, para depois diminuir em 2011. Este acontecimento ocorreu tanto nas UCSP como nas USF.

Uma das razões apontadas para o elevado gasto de MCDT nas UCSP poderá ser os utentes sem médico, no entanto, não o podemos assegurar devido a falta de informação.

Em 2009/2010, ocorreu em Portugal um período epidémico de Gripe A, que poderá ter contribuído para este aumento de custos, tanto nos medicamentos como nos MCDT (Pechirra e al, 2012).

Outro facto que poderá contribuir para um maior custo é a existência de uma maior percentagem de idosos nas UCSP do que nas USF, no entanto, não o podemos aferir com rigor porque os dados sobre os utilizadores não traduzem as faixas etárias.

V.I. – Limitações do Estudo

A realização deste estudo teve algumas limitações durante a sua concretização. Aponta-se a dificuldade em obter alguns dados, mais pormenorizados, para caracterizar melhor a população utilizadora do ACeS de Oeiras, nomeadamente os utilizadores sem médico de família atribuído.

A limitação temporal também não permitiu a realização de um trabalho mais aprofundado, deixando questões em aberto. Por esse motivo, apresento no último capítulo as minhas sugestões para futuras investigações.

VI - Conclusões

O presente estudo pretendeu comparar os resultados dos indicadores de desempenho contratualizados unidades funcionais do ACeS de Oeiras com a finalidade de se examinar o acesso, o desempenho assistencial, a satisfação e a eficiência económica. Para que a observação fosse mais fiável, analisámos a população residente no Concelho de Oeiras e verificámos que esta população tem as mesmas características da população inscrita no ACeS de Oeiras. Da análise dos dados obtidos no último censos, verifica-se que, da população activa, 53% está empregada, e 51% tem o ensino superior. No que respeita à população desempregada, que ronda os 6%, 37% tem o ensino básico. Em relação à população inactiva que ronda os 41%, 52% possui apenas o ensino básico. Concluimos que apesar de a maioria estar empregada e ter o ensino superior, a população continua a dar preferência ao SNS, em detrimento do sistema privado, que corresponde aos resultados de estudos anteriores.

Analisámos os recursos humanos das unidades funcionais e verificámos que existem mais ausências dos profissionais médicos durante o triénio nas UCSP do que nas USF e isso poderá dever-se ao facto de estas não se terem organizado de forma voluntária como sucedeu com as USF. A maior incidência nas ausências médicas das UCSP poderá denotar alguma desmotivação nos anos 2009 e 2010. No entanto, em 2011, notou-se uma melhoria dos resultados nas UCSP que poderá ter sido gerada pela adaptação dos novos procedimentos em relação à organização. Tendo havido um incremento tanto na motivação extrínseca como na motivação intrínseca.

No que se refere aos indicadores, os quinze em comum, verificou-se em alguns, uma grande disparidade que poderá ter a ver com a adaptação aos sistemas de informação que permite a monitorização dos processos e à contratualização existente entre as UCSP e o ACeS que só foi formalizada em 2011 com a carta de compromisso. No entanto todos os resultados sugerem melhores resultados nas USF tanto nos indicadores de acesso e desempenho assistencial, como a obtenção de menores custos em medicamentos e MCDT.

Já nos indicadores que nos possibilitaram responder às nossas hipóteses, verificamos que nos seis, ao compararmos ambas as unidades no triénio em questão, as USF possuíam valores mais elevados do que as UCSP, sendo as hipóteses levantadas dadas como verdadeiras.

Concluindo, o facto de as USF se terem organizado voluntariamente antes das UCSP, poderá estar na origem dos resultados obtidos pelas mesmas. Mas, concluímos também que apesar de os sistemas de informação se encontrarem já muito mais desenvolvidos, há necessidade de os continuar a aperfeiçoar, de forma a conseguir-se uma monitorização mais real.

VII - Perspectivas de trabalhos futuros

Durante o estudo foram surgindo tópicos que, para uma melhor análise da reforma, deveriam ser investigados, pelo que ficam aqui, resumidamente, algumas sugestões:

- Análise dos resultados alcançados no âmbito dos utentes sem médico, de forma a se compreender o peso destes, nos resultados finais dos indicadores;
- Realização de entrevistas aos coordenadores e interlocutores de cada unidade funcional para se estudar a motivação intrínseca e extrínseca;
- Realização de um novo questionário de satisfação aos utentes para se analisar a satisfação actual, comparando com o questionário efectuado em 2010;
- Estudo de comparação entre estes dois tipos de unidades, para se poder verificar se o facto de existir organização voluntária, beneficia ou não, os resultados obtidos pelas unidades.

Estas sugestões prendem-se com o facto de as UCSP estarem, actualmente, mais amadurecidas no que respeita aos sistemas de informação e à sua organização interna, além de que de acordo com a reforma a ser efectuada no Ministério da Saúde, existir a pretensão em atribuir a todos os utentes, um médico de família.

Bibliografia

- Antunes, E., Gonçalves, J. P., Santos, M. d., Alexandre, M., & Godinho, P. (s.d.). Contractualização em Saúde - Efectividade do Sistema de Incentivos. *8º Congresso Nacional de Administração Pública*, 191-217. Instituto Nacional de Administração, I.P.
- Avaliação, C. d. (2004). *Relatório Regime Remuneratório Experimental Médicos de Clínica Geral RRE*. Direcção-Geral da Saúde.
- Barbosa, P. (Julho de 2009). *O impacto das políticas de saúde na satisfação dos utentes e no acesso aos cuidados de saúde primários, Estudo de Caso na USF Marginal, Centro de Saúde de Cascais*. 65.Lisboa: Instituto Superior Ciências Sociais e Políticas
- Bilhim, J. A. (2000). *Ciência da Administração*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Bilhim, J. A. (2008). *Ciência da Administração 2ª Edição (2ª ed.)*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Biscaia, A. R. (2006). A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 67-79.
- Biscaia, A. R., Martins, J. N., Carreira, M. F., Gonçalves, I. F., Antunes, A. R., & Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal, Reformar para novos sucessos*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2009). *O Estado da Saúde em Portugal: acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa em relação ao sistema de saúde: evolução entre 2001 e 2008 e comparações regionais*. Lisboa: ICS.
- Cabral, M. V., Silva, P. A., & Mendes, H. (2002). *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Campos, A. C. (2008). *Reformas da Saúde - O Fio Condutor*. Coimbra: Almedina.
- Campos, A. C., & Simões, J. (2011). *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina.
- Carvalho, E. R. (2007). *Políticas de Reforma Administrativa em Portugal*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Carvalho, E. R. (2007). *Políticas de Reforma Administrativa em Portugal*. Lisboa: ISCSP UTL.
- Carvalho, E. R. (2001). *Reengenharia na Administração Pública - A Procura de Novos Modelos de Gestão*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa. Instituto Superior Ciências Sociais e Políticas.

Carvalho, E. R. (2008). *Reforma Administrativa sob o Mote do New Public Management: Os casos de Portugal, Espanha e Irlanda*. Lisboa: Centro de Administração e Políticas Públicas Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas Universidade Técnica de Lisboa.

Conceição, C., Fronteira, I., Hipólito, F., Lerberghe, W. V., & Ferrinho, P. (2005). Os grupos Alfa e a adesão ao Regime Remuneratório Experimental. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, pp. 45-59.

Concelho Oeiras. Acedido em 31 de Março de 2013

<http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/5/51/LocalOeiras.svg/2000px-LocalOeiras.svg.png>

Harfouche, A. P. (2008). *Hospitais transformados em empresas - Análise do impacto na eficiência: Estudo comparativo* (1ª ed.). Lisboa: ISCSP.

Hodge, G. A. (2000). *Privatization, An International Review of Performance - Theoretical Lenses on Public Policy*. Melbourne, Australia: Monash University.

Hood, C. (Spring de 1991). *A Public Management for All Seasons? Public Administration Vol. 69*, pp. 3-19.

http://www.arslvt.min-saude.pt/observatorioregional/Documents/Perfis/Aces04_Perfil.oeiras-p4@.pdf.
Acedido em 6 de Novembro de 2012

<http://sefstat.sef.pt>. (s.d.). Acedido em 17 de Janeiro de 2013, de www.sef.pt:
<http://sefstat.sef.pt/distritos.aspx>

INE. (s.d.). Acedido em 13 de Novembro de 2012, de <http://ine.pt>:
http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao

Mapa_freguesias_Oeiras.jpg. Acedido em 31 de Março de 2013,
http://1.bp.blogspot.com/_KbMt9pddCH4/TOg_nqus6OI/AAAAAAAAABk/vknuOc0wbNU/s1600/

Miguel, L. S., & Sá, A. B. (Novembro de 2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir - Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde - Alto Comissariado da Saúde.

Ministros, P. d. (31 de Março de 2005). *Programa do XVII Governo Constitucional 2005-2009*. (G. d. Portugal, Ed.) Acedido em 10 de Novembro de 2012, de www.portugal.gov.pt:
<http://www.portugal.gov.pt/media/464060/GC17.pdf>

Norte, A. R., & D. d. (Março de 2011). Manual de Utilização. *Sistema de Informação da ARS, Gestão de Unidades Funcionais*, 3. Ministério da Saúde.

Oeiras, C. M. (2004). *Carta de Saúde do Concelho de Oeiras*. Oeiras: DASC/Divisão de Assuntos Sociais Gabinete de Desenvolvimento Municipal.

Oeiras, C. M. (2009). *Oeiras, Factos e Números*. Oeiras: Câmara Municipal de Oeiras.

Oeiras, M. d. (2010). *Perfil de Saúde do Concelho de Oeiras*. Oeiras: Município de Oeiras.

Pechirra, P., Gonçalves, P., Conde, P., João, I., Nunes, B., & Guiomar, R. (2012). *www.insa.pt*. Acedido em 15 de Abril de 2013, de Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/PublicacoesRepositorio/Documents/artigo%20n1.pdf>

Pisco, L. (Julho/Setembro de 2007). A reforma dos Cuidados de Saúde Primários. *Cadernos de Economia*, 20, pp. 60-66.

Pisco, L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de saúde. *Ciência & Saúde Colectiva*, 16 (6) , 2841-2852.

Pollitt, C. (2003). *The essencial public manager*. Maidenhead, Reino Unido: Open University Press.

Primários, G. d. (01 de Outubro de 2009). *Agrupamentos de Centros de Saúde, Proposta de Plano de Desempenho, Documento de Trabalho*. Ministério da Saúde.

Primários, G. T. (Setembro de 2012). *Proposta de recomendações para construção de um instrumento/questionário de avaliação da satisfação dos utentes das unidades de saúde*. Ministério da Saúde.

Primários, M. d., Saúde, A. A., & ARS, D. d. (20 de Janeiro de 2009). *Metodologia de Contratualização - USF Modelo A e Modelo B*. Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

Primários, M. p. (Maio de 2006). *Glossário para as Unidades de Saúde Familiares*. Ministério da Saúde.

Primários, M. p. (2006). *Indicadores de Desempenho para as Unidades de Saúde Familiar*. Ministério da Saúde.

Primários, M. p. (Fevereiro de 2010). Plano Estratégico 2010-2011. *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, Plano Estratégico 2010-2011*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Primários, M. p., & Sistema de Saúde, I. A. (2009). *Un. Saúde Familiar e Un. Cuidados de Saúde Personalizados, Cálculos de Indicadores de Desempenho, Critérios a observar na sua implementação*. Ministério da Saúde.

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, C. e. (Março de 2011). *Orientações para a organização e funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Rocha, J. A. (2010). *Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública* (3ª ed.). Lisboa: Escolar Editora.

- Rocha, J. A. (2009). *Gestão Pública e Modernização Administrativa*. Oeiras: INA Editora.
- Saúde, A. C., M. d., M. p., & D. d. (9 de Dezembro de 2010). *Cuidados de Saúde Primários, Metodologia de Contratualização*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Saúde, A. C., M. d., M. p., & D. d. (2010). *Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados - Metodologia de Contratualização*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.
- Saúde, A. d. (28 de Dezembro de 2006). *Cuidados de Saúde Primários Portugal - Documentos*. Acedido em 12 de Janeiro de 2013, de Cuidados de Saúde Primários Portugal: http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/Contratualizacao%20-%202007.pdf
- Saúde, D. G. (Janeiro de 2012). http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Acesso_e_Equidade_2013_003_04.pdf. Acedido em 27 de Março de 2013, de Plano Nacional de Saúde 2012-2016: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016>
- Saúde, M. d. (10 de Maio de 1999). Decreto-Lei n.º 157/99. *Diário da República n.º 108/99 Série I-A*, 2424-2435. Lisboa: Diário da República.
- Saúde, M. d. (2 de Fevereiro de 2006). Decreto-Lei n.º 23/2006. *Diário da República - I Série - A*, 788-789.
- Saúde, M. d. (22 de Fevereiro de 2008). *Decreto-Lei n.º 28/2008*. Acedido em 24 de Janeiro de 2012, de Diário da República, I Série, n.º 38: <http://www.arscentro.min-saude.pt/ACES/Documents/dec.%20lei%2028-2008.pdf>
- Saúde, M. d. (22 de Agosto de 2007). Decreto-Lei n.º 298/2007. *Diário da República I série*, 5587-5596. Diário da República.
- Saúde, M. d. (3 de Junho de 2005). *Decreto-Lei n.º 88/2005*. Acedido em 24 de Janeiro de 2012, de Diário da República, I Série A: http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_105/DL_88_2005.pdf
- Saúde, M. d. (16 de Fevereiro de 2006). Despacho Normativo n.º 9/2006. *Diário da República - I Série - B*. Diário da República.
- Saúde, M. d. (s.d.). <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>. Acedido em 24 de Janeiro de 2012.
- Saúde, M. d. (2010). *Perfil Local de Saúde do ACES Oeiras 2010*. ARSLVT.
- Saúde, M. d., & Saúde, D. G. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos, orientações estratégicas* (Vol. II Volume). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Saúde, O. M., & Saúde, A. C. (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008: Agora mais que nunca*. Alto Comissariado da Saúde.

Silvestre, H. C. (2010). *Gestão Pública - Modelos de Prestação no Serviço Público*. Lisboa: Escolar Editora.

Simões, J. C. (2010). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: Um percurso Comentado*. Coimbra: Edições Almedina.

Vazão, M. J., Reis, A., Canhota, C., Pires, G., Santos, M., Cruz, P., et al. (Março de 2011). *Estudo de Satisfação de Utentes do ACeS Oeiras e Carnaxide 2010 Versão Sumária*. ACeS Oeiras - Agrupamento Centros de Saúde Oeiras/Carnaxide.

APÊNDICES

APÊNDICE I – CONCELHO DE OEIRAS

Quadro 16 - População residente do Concelho de Oeiras por freguesias

Período de Referência dos dados 2011 Local de Residência	População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário				
	HM				
	Grupo etário				
	Total	0-14 anos	15-24 anos	25-64 anos	65 e mais anos
	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
Oeiras	172 120	26 559	16 533	96 059	32 969
Barcarena	13 861	2 443	1 308	8 123	1 987
Carnaxide	25 911	4 686	2 763	14 887	3 575
Oeiras e São Julião da Barra	33 827	4 454	3 137	18 498	7 738
Paço de Arcos	15 315	2 206	1 431	8 723	2 955
Algés	22 273	3 554	1 937	11 791	4 991
Cruz Quebrada-Dafundo	6 393	899	544	3 375	1 575
Linda-a-Velha	19 999	2 577	1 835	11 204	4 383
Porto Salvo	15 157	2 556	1 742	8 543	2 316
Queijas	10 377	1 719	835	5 789	2 034
Caxias	9 007	1 465	1 001	5 126	1 415

Fonte: Adaptado www.ine.pt (acedido a 18/12/2012)

Quadro 17 - Densidade Populacional

Densidade Populacional (N.º/Km²) por local de residência (à data do Censos 2011)	N.º/Km²
Portugal	115
Continente	113
Grande Lisboa	1 484
Oeiras	3 751
Barcarena	1 538
Carnaxide	3 978
Oeiras e São Julião da Barra	5 029
Paço de Arcos	4 512
Algés	11 255
Cruz Quebrada-Dafundo	2 193
Linda-a-Velha	8 741
Porto Salvo	2 064
Queijas	4 513
Caxias	2 641

Fonte: Adaptado www.ine.pt (acedido a 18/12/2012)

Quadro 18 - Nível de Escolaridade e Situação de Emprego – Concelho de Oeiras 2011-
População activa

2011	População empregada (nº)	População desempregada (nº)	População Inactiva (nº)
Nenhum nível	979	111	3 445
Ensino Básico	17 520	3 440	30 974
Ensino Secundário	18 244	2 588	11 877
Ensino Pós- Secundário	1 201	190	306

Ensino Superior	38 773	2 913	13 000
------------------------	--------	-------	--------

Fonte: Adaptado www.ine.pt (acedido a 18/12/2012)

Quadro 19 - Nível de Escolaridade e Situação de Emprego – Concelho de Oeiras 2011 por Freguesias

População Ativa Residente com mais de 15 anos	Nenhum nível de escolaridade %	Ensino básico %	Ensino secundário %	Ensino pós-secundário %	Ensino superior %
Empregada					
Concelho Oeiras	1	23	24	2	51
Barcarena	1	29	29	2	40
Carnaxide	2	24	23	2	49
Oeiras	1	18	23	2	56
Paço de Arcos	1	20	24	2	53
Algés	1	16	20	1	62
Cruz Quebrada-Dafundo	1	25	23	2	50
Linda-a-Velha	1	21	25	1	51
Porto Salvo	2	36	26	1	34
Queijas	1	24	25	2	49
Caxias	1	28	23	2	46
Desempregada					
Concelho Oeiras	1	37	28	2	32
Barcarena	1	40	33	1	25
Carnaxide	2	45	24	2	27
Oeiras	1	27	31	3	38
Paço de Arcos	0	35	28	2	34
Algés	1	25	28	2	44

Cruz Quebrada-Dafundo	1	37	32	2	28
Linda-a-Velha	1	32	29	2	36
Porto Salvo	2	56	24	1	17
Queijas	1	35	31	3	30
Caxias	1	44	27	1	27
Inactiva					
Concelho Oeiras	6	52	20	1	22
Barcarena	7	61	17	1	14
Carnaxide	9	49	20	1	21
Oeiras	4	47	22	0	27
Paço de Arcos	4	48	23	1	23
Algés	4	48	19	1	28
Cruz Quebrada-Dafundo	6	62	17	0	15
Linda-a-Velha	4	52	20	0	23
Porto Salvo	10	63	16	1	10
Queijas	7	59	17	0	17
Caxias	7	51	20	1	21

Fonte: Adaptado www.ine.pt (acedido a 18/12/2012)

Nota: Valores arredondados.

Quadro 20 - Fontes de Informação escolhidas pelos inqueridos

Fonte	Estudo CMO, 2008 – Concelho n 2 632 questionários	Estudo CMO, 2008 – CSO e CSLV n 251 questionários
Médico de Família	65,2%	55,4%

Televisão	54,8%	51%
Campanhas e Folhetos	49%	41,8%
Internet	35,7%	29,9%
Famílias	35,4%	27,9%
Amigos	31,2%	18,3%
Médicos nos Hospitais	21,3%	8,8%
Não obtém/Não sabe	1,6%	-----

Fontes: Adaptado de (Oeiras M. d., 2010, p. 170 e 277)

Quadro 21 - Medicamentos - Estudos CMO, 2008 - Concelho e CMO, 2008 - CSO e CSLV

Toma Medicamentos	Estudo CMO, 2008 – Concelho	Estudo CMO, 2008 – CSO e CSLV
n	2 632 questionários	251 questionários
Sim	64,5%	55,4%
Não	35,5%	44,6%
Foram prescritos		
Sim	98,1%	96,4%
Não	1,9%	3,6%

Fontes: Adaptado de (Oeiras M. d., 2010, p. 175 e 279)

Quadro 22 - Medicamentos – Estudo Villaverde Cabral, 2009

Medicamentos – Estudo Villaverde Cabral, 2009					
n 708 entrevistas					
Prescrição de algum medicamento por um médico no último mês					
Sim	47,7%	Não	52,1%	NS/NR	0,1%
Ingestão de algum medicamento sem receita médica e sem ser em continuação de receitas anteriores no último mês					

Sim	23,3%	Não	76,4%	NS/NR	0,4%
Ingestão de algum medicamento sem receita médica e sem ser em continuação de receitas anteriores					
Sim	22,7%	Não	77,1%	NS/NR	0,1%

Fontes: Adaptado (Cabral & Silva, 2009, p. 112)

Quadro 23 - Motivo da visita ao Centro de Saúde – Estudo CMO, 2008 – CSO e CSLV

Motivo da visita ao Centro de Saúde	
n 251 questionários	
Consulta regular	36,7%
Consulta de urgência	22,4%
Análises	15,5%
Receita Médica	14,7%
Saúde Infantil/Vacinas	6,9%
Ambulatório	6,9%
Acompanhamento de doente	5,7%
Atestado	5,7%
Outro	0,8%

Fontes: Adaptado de (Oeiras M. d., 2010, p. 278)

Quadro 24 - Razão da última consulta no Centro de Saúde – Estudo Villaverde Cabral, 2009

Principal razão por que foi à última consulta no Centro de Saúde	
n 708 entrevistas	
Porque se sentiu doente	28,3%
Exame de rotina (sem ser por doença)	25,5%
Exame de rotina (motivado por doença)	17,5%
Pedir receitas ou exames	12,5%
Mostrar resultados de exames	5,4%

Para fazer exames	4,5%
Para ter baixa (atestado)	3,8%
Outra	0,9%
Para obter certificados	0,5%
Para medir a pressão arterial	0,2%
Para fazer tratamentos	0,2%

Fontes: Adaptado (Cabral & Silva, 2009, p. 73)

APÊNDICE II – ACeS OEIRAS

Recursos Humanos Médicos

Quadro 25 - Recursos Humanos Médicos USF/UCSP 2009

	USF 2009	UCSP 2009
Nº Profissionais	36	71
Horas Semanais	1 342	2 749
Horas Diárias	268,4	549,8
Dias de Ausência	1 302	3 380
Dias úteis do Ano	8 286	17 747
Dias Fim Semana e Feriados	3 751	8 045
Dias Totais Ano	12 037	25 792
Nº Total de Dias que trabalhou	6 866,5	14 367
Horas Anuais	51 213,4	111 326,2
Média Horas Anuais	4 515,8	9 311
N.º de Consultas	135 152	267 522

Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento de Recursos Humanos

Quadro 26 - Recursos Humanos Médicos USF/UCSP 2010

	USF 2010	UCSP 2010
Nº Profissionais	36	71
Horas Semanais	1 276	2 705
Horas Diárias	255,2	541
Dias de Ausência	1 308	3 311
Dias úteis do Ano	8 514	16 622
Dias Fim Semana e Feriados	3 865	7 552

Dias Totais Ano	12 379	24 174
Nº Total de Dias que trabalhou	6 976	13 311
Horas Anuais	49 904,4	101 578,8
Média Horas Anuais	4 395,07	8 997,3
N.º de Consultas	144 867	245 932

Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento de Recursos Humanos

Quadro 27 - Recursos Humanos Médicos USF/UCSP 2011

	USF 2011	UCSP 2011
Nº Profissionais	35 ¹	66 ²
Horas Semanais	1 236	2 489
Horas Diárias	247,2	497,8
Dias de Ausência	1 275	3 133
Dias úteis do Ano	8 487	15 759
Dias Fim Semana e Feriados	3 954	7 557
Dias Totais Ano	12 441	23 065
Nº Total de Dias que trabalhou	6 981	12 626
Horas Anuais	49 709,6	108 973
Média Horas Anuais	4 277,2	9 750,3
N.º de Consultas	150 758	234 986

Fonte: Adaptado ACeS Oeiras – Departamento de Recursos Humanos

Figura 4 - Outputs - UCSP – Consultas – Ausências

Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Ausências ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: Consultas

b. All requested variables entered.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,389 ^a	,152	,147	1035,305	,152	36,804	1	206	,000

a. Predictors: (Constant), Ausências

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	39448823,980	1	39448823,980	36,804	,000 ^b
	Residual	220802478,943	206	1071856,694		
	Total	260251302,923	207			

a. Dependent Variable: Consultas

b. Predictors: (Constant), Ausências

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	4313,442	138,023		31,252	,000	4041,324	4585,560
	Ausências	-15,142	2,496	-,389	-6,067	,000	-20,063	-10,221

a. Dependent Variable: Consultas

Correlations

Nonparametric Correlations

Correlations

			Consultas	Ausências
Spearman's rho	Consultas	Correlation Coefficient	1,000	-,252**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	208	208
	Ausências	Correlation Coefficient	-,252**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	208	208

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Teste da Normalidade

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Consultas	208	100,0%	0	0,0%	208	100,0%
Ausências	208	100,0%	0	0,0%	208	100,0%

Descriptives

				Statistic	Std. Error
Consultas	Mean			3598,27	77,746
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		3444,99	
		Upper Bound		3751,55	
	5% Trimmed Mean			3656,83	
	Median			3763,00	
	Variance			1257252,671	
	Std. Deviation			1121,273	
	Minimum			19	
	Maximum			5515	
	Range			5496	
	Interquartile Range			1518	
	Skewness			-,760	,169
	Kurtosis			,394	,336
	Mean			47,23	1,999
Ausências	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		43,29	
		Upper Bound		51,17	

5% Trimmed Mean	44,06	
Median	40,00	
Variance	831,174	
Std. Deviation	28,830	
Minimum	0	
Maximum	248	
Range	248	
Interquartile Range	16	
Skewness	3,569	,169
Kurtosis	18,532	,336

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Consultas	,063	208	,041	,959	208	,000
Ausências	,225	208	,000	,676	208	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Figura 5 - Outputs - USF - Consultas-Ausências

Correlations

Nonparametric Correlations

Correlations

			Consultas	Ausências
Spearman's rho	Consultas	Correlation Coefficient	1,000	,138
		Sig. (2-tailed)	.	,156
		N	107	107
	Ausências	Correlation Coefficient	,138	1,000
		Sig. (2-tailed)	,156	.
		N	107	107

Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Ausências ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: Consultas

b. All requested variables entered.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,308 ^a	,095	,086	1230,715	,095	11,024	1	105	,001

a. Predictors: (Constant), Ausências

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	16698335,689	1	16698335,689	11,024	,001 ^b
	Residual	159039121,078	105	1514658,296		
	Total	175737456,766	106			

a. Dependent Variable: Consultas

b. Predictors: (Constant), Ausências

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2895,776	360,577		8,031	,000
	Ausências	31,119	9,372	,308	3,320	,001

a. Dependent Variable: Consultas

Teste da normalidade dos dados

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Consultas	107	100,0%	0	0,0%	107	100,0%
Ausências	107	100,0%	0	0,0%	107	100,0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Consultas	Mean		4025,95	124,476
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	3779,17	
	Mean	Upper Bound	4272,74	
	5% Trimmed Mean		4075,67	
	Median		4131,00	
	Variance		1657900,536	
	Std. Deviation		1287,595	
	Minimum		354	
	Maximum		6540	
	Range		6186	
	Interquartile Range		1313	
	Skewness		-,571	,234
	Kurtosis		,587	,463
	Mean		36,32	1,233
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	33,87	
Ausências	Mean	Upper Bound	38,76	
	5% Trimmed Mean		36,44	
	Median		36,00	
	Variance		162,672	
	Std. Deviation		12,754	
	Minimum		0	
	Maximum		83	
	Range		83	
	Interquartile Range		11	
	Skewness		,092	,234
	Kurtosis		2,943	,463

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Consultas	,106	107	,005	,969	107	,012
Ausências	,126	107	,000	,928	107	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Consultas no ACeS

Quadro 28 - Consultas ACeS Oeiras

Saúde do Adulto						
Média de consultas realizadas	UCSP 2009	USF 2009	UCSP 2010	USF 2010	UCSP 2011	USF 2011
	250 236	96 708	221 751	117 027	209 043	121 966
Por unidade	41 706	24 177	36 958,5	29 256,8	34 840,5	30 491,5
Por profissional	3 524,5	2 686,3	3 123,3	3 250,8	3 167,3	3 484,7
Saúde Infantil						
Média de consultas realizadas	UCSP 2009	USF 2009	UCSP 2010	USF 2010	UCSP 2011	USF 2011
	27 864	17 321	21 291	20 032	20 423	21 310
Por unidade	4 644	4 330,3	3 548,5	5 008	3 403,8	5 327,5
Por profissional	392,5	481,1	299,9	556,4	309,4	608,9
Saúde Materna						
Média de consultas realizadas	UCSP 2009	USF 2009	UCSP 2010	USF 2010	UCSP 2011	USF 2011
	5 282	2 946	5 164	3 195	4 507	3 353
Por unidade	880,3	736,5	860,7	798,8	751,2	838,3
Por profissional	74,4	81,8	72,7	88,8	68,3	95,8
Planeamento Familiar						
Média de consultas realizadas	UCSP 2009	USF 2009	UCSP 2010	USF 2010	UCSP 2011	USF 2011
	7 745	6 423	7 088	8 700	6 433	7 975
Por unidade	1 290,8	1 605,8	1 181,3	2 175	1 072,2	1 993,8
Por	109,1	178,4	99,8	241,7	97,5	227,9

profissional						
Consultas						
Média de consultas realizadas	UCSP 2009	USF 2009	UCSP 2010	USF 2010	UCSP 2011	USF 2011
	267 522	135 152	245 932	144 867	234 986	150 758
Por unidade	44 587	33 788	40 988,7	36 216,8	39 164,3	37 689,5
Por profissional	3 767,9	3 754,2	3 463,8	4 024,1	3 560,4	4 307,4

Fonte: Adaptado de ACeS Oeiras - Departamento Sistemas de Informação

Utentes Inscritos

Quadro 29 - População Residente no Concelho de Oeiras e Utentes ACeS Oeiras antes da Integração – 2008

População Residente 2008			Utentes Inscritos 2008			
Concelho de Oeiras			Centro de Saúde Carnaxide		Centro de Saúde Oeiras	
Idades	H	M	H	M	H	M
0-14	13 547	12 997	8 466	7 819	8 706	8 319
15-24	8 257	8 058	5 004	4 943	5 567	5 275
25-64	46 314	52 074	28 614	32 360	28 261	32 449
65+	12 819	17 955	8 514	11 782	7 534	10 511
Total	80 937	91 084	50 598	56 904	50 068	56 554
Total 2	172 021		107 502		106 622	

Fonte: Adaptado de ACeS Oeiras e www.ine.pt (acedido a 18/12/2012)

Quadro 30 - Utentes inscritos - USF 2009/2010/2011

USF	Dez-09	Dez-10	Dez-11
Faixas	Utentes	Utentes	Utentes

Etárias						
	M	F	M	F	M	F
0-4	1 752	1 670	1 886	1 771	1 843	1 685
5-9	1 657	1 547	1 728	1 544	1 785	1 572
10-14	1 452	1 361	1 531	1 492	1 541	1 484
15-19	1 339	1 349	1 371	1 360	1 406	1 387
20-24	1 311	1 379	1 351	1 401	1 343	1 426
25-29	1 726	2 017	1 656	1 941	1 525	1 765
30-34	2 311	2 613	2 288	2 596	2 052	2 371
35-39	2 370	2 641	2 450	2 834	2 370	2 805
40-44	1 864	2 213	2 020	2 284	2 019	2 330
45-49	1 708	1 958	1 735	2 051	1 690	2 093
50-54	1 487	1 805	1 555	1 870	1 551	1 834
55-59	1 385	1 893	1 403	1 909	1 383	1 847
60-64	1 485	1 802	1 560	1 965	1 502	2 016
65-69	1 118	1 449	1 224	1 572	1 311	1 638
70-74	1 003	1 236	1 091	1 327	1 084	1 312
75-79	825	1 184	843	1 242	836	1 233
80-84	504	873	513	930	530	978
>=85	358	815	418	863	429	880
Total	25 655	29 805	26 623	30 952	26 200	30 656
%	46,3	53,7	46,2	53,8	46,1	53,9
Total	55 460		53 246		56 856	

Fonte: ACeS Oeiras

Quadro 31 - Utentes inscritos nas UCSP 2009/2010/2011

UCSP	Dez-09		Dez-10		Dez-11	
Faixas Etárias	Utentes		Utentes		Utentes	
	M	F	M	F	M	F
0-4	4 225	3 822	3 936	3 578	3 598	3 406
5-9	4 473	4 317	4 265	4 129	3 352	3 184
10-14	4 068	3 836	4 077	3 788	3 178	3 048
15-19	3 795	3 683	3 682	3 493	2 707	2 739
20-24	4 066	3 790	3 916	3 609	2 877	2 971
25-29	5 069	5 595	4 628	4 929	3 303	3 847
30-34	6 990	7 466	6 283	6 837	4 225	5 484
35-39	6 831	7 437	6 729	7 261	4 801	6 014
40-44	5 593	6 003	5 494	5 886	3 966	4 932
45-49	4 828	5 483	4 759	5 408	3 350	4 315
50-54	4 580	5 457	4 372	5 184	3 096	4 081
55-59	4 574	5 881	4 286	5 502	3 124	4 295
60-64	4 848	5 614	4 653	5 561	3 501	4 567
65-69	3 873	4 369	3 889	4 405	3 162	3 877
70-74	3 090	3 812	2 994	3 609	2 406	3 013
75-79	2 346	3 110	2 323	3 070	1 973	2 606
80-84	1 492	2 586	1 510	2 466	1 247	2 092
>=85	1 231	2 705	1 193	2 767	842	2 098
Total	75 972	84 966	72 989	81 482	54 708	66 569
%	47,2	52,8	47,3	52,8	45,1	54,9
Total	160 938		154 471		121 277	

Fonte: Adaptado de ACeS Oeiras – Departamento Sistema de Informação

Quadro 32 - Utentes USF 2009/2010 "Expurgo"³

USF	Dez-09						Dez-10					
Faixas Etárias	Utentes						Utentes					
	Antes		"Expurgo"		Depois		Antes		"Expurgo"		Depois	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0-4	1 752	1 670	-24	-23	1 728	1 647	1 886	1 771	-24	-23	1 862	1 748
5-9	1 657	1 547	-74	-43	1 583	1 504	1 728	1 544	-74	-43	1 654	1 501
10-14	1 452	1 361	-46	-65	1 406	1 296	1 531	1 492	-46	-65	1 485	1 427
15-19	1 339	1 349	-50	-34	1 289	1 315	1 371	1 360	-50	-34	1 321	1 326
20-24	1 311	1 379	-75	-39	1 236	1 340	1 351	1 401	-75	-39	1 276	1 362
25-29	1 726	2 017	-79	-71	1 647	1 946	1 656	1 941	-79	-71	1 577	1 870
30-34	2 311	2 613	-150	-113	2 161	2 500	2 288	2 596	-150	-113	2 138	2 483
35-39	2 370	2 641	-148	-92	2 222	2 549	2 450	2 834	-148	-92	2 302	2 742
40-44	1 864	2 213	-132	-93	1 732	2 120	2 020	2 284	-132	-93	1 888	2 191
45-49	1 708	1 958	-142	-115	1 566	1 843	1 735	2 051	-142	-115	1 593	1 936
50-54	1 487	1 805	-81	-77	1 406	1 728	1 555	1 870	-81	-77	1 474	1 793
55-59	1 385	1 893	-58	-62	1 327	1 831	1 403	1 909	-58	-62	1 345	1 847
60-64	1 485	1 802	-60	-50	1 425	1 752	1 560	1 965	-60	-50	1 500	1 915
65-69	1 118	1 449	-15	-49	1 103	1 400	1 224	1 572	-15	-49	1 209	1 523
70-74	1 003	1 236	-32	-23	971	1 213	1 091	1 327	-32	-23	1 059	1 304
75-79	825	1 184	-15	-31	810	1 153	843	1 242	-15	-31	828	1 211
80-84	504	873	-9	-29	495	844	513	930	-9	-29	504	901

³ O "expurgo" foi o nome utilizado à actualização das listas de cada médico em que cada utente que não tivesse tido qualquer contacto com a sua unidade funcional há mais de cinco anos era colocado numa lista à parte.

>=85	358	815	-11	-34	347	781	418	863	-11	-34	407	829
Total	25 655	29 805	-1 201	-1 043	24 454	28 762	26 623	30 952	-1 201	-1 043	25 422	29 909
Total	55 460		-2 244		53 216		53 246		-2 244		55 331	

Fonte: Adaptado de ACeS Oeiras – Departamento Sistema de Informação

Quadro 33 - Utentes UCSP 2009/2010 "Expurgo"

UCSP	Dez-09						Dez-10					
Faixas Etárias	Utentes						Utentes					
	Antes		"Expurgo"		Depois		Antes		Expurgo"		Depois	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0-4	4 225	3 822	-885	-720	3 340	3 102	3 936	3 578	-885	-720	3 051	2 858
5-9	4 473	4 317	-1 400	-1 377	3 073	2 940	4 265	4 129	-1 400	-1 377	2 865	2 752
10-14	4 068	3 836	-1 364	-1 273	2 704	2 563	4 077	3 788	-1 364	-1 273	2 713	2 515
15-19	3 795	3 683	-1 240	-998	2 555	2 685	3 682	3 493	-1 240	-998	2 442	2 495
20-24	4 066	3 790	-1 308	-823	2 758	2 967	3 916	3 609	-1 308	-823	2 608	2 786
25-29	5 069	5 595	-1 531	-1 034	3 538	4 561	4 628	4 929	-1 531	-1 034	3 097	3 895
30-34	6 990	7 466	-2 273	-1 507	4 717	5 959	6 283	6 837	-2 273	-1 507	4 010	5 330
35-39	6 831	7 437	-2 487	-1 791	4 344	5 646	6 729	7 261	-2 487	-1 791	4 242	5 470
40-44	5 593	6 003	-2 098	-1 481	3 495	4 522	5 494	5 886	-2 098	-1 481	3 396	4 405
45-49	4 828	5 483	-1 842	-1 426	2 986	4 057	4 759	5 408	-1 842	-1 426	2 917	3 982
50-54	4 580	5 457	-1 567	-1 257	3 013	4 200	4 372	5 184	-1 567	-1 257	2 805	3 927
55-59	4 574	5 881	-1 305	-1 277	3 269	4 604	4 286	5 502	-1 305	-1 277	2 981	4 225
60-64	4 848	5 614	-1 360	-1 286	3 488	4 328	4 653	5 561	-1 360	-1 286	3 293	4 275
65-69	3 873	4 369	-971	-851	2 902	3 518	3 889	4 405	-971	-851	2 918	3 554
70-74	3 090	3 812	-686	-724	2 404	3 088	2 994	3 609	-686	-724	2 308	2 885

75-79	2 346	3 110	-502	-585	1 844	2 525	2 323	3 070	-502	-585	1 821	2 485
80-84	1 492	2 586	-370	-508	1 122	2 078	1 510	2 466	-370	-508	1 140	1 958
>=85	1 231	2 705	-406	-851	825	1 854	1 193	2 767	-406	-851	787	1 916
Total	75972	84966	-23595	-19769	52377	65197	72989	81482	-23595	-19769	49 394	61 713
Total	160 938		-43 364		117 574		154 471		-43 364		111 107	

Fonte: Adaptado de ACeS Oeiras – Departamento Sistema de Informação

Quadro 34 - Utilizadores UCSP/USF

Anos	Utilizadores		Percentagem de Utilizadores		Inscritos após “correção/expurgo”	
	UCSP	USF	UCSP	USF	UCSP	USF
2009	80 910	30 959	68,82	58,18	117 574	53 216
2010	70 241	35 965	63,22	65	111 107	55 331
2011	67 645	37 194	55,78	65,42	121 277	56 856

Fonte: Adaptado de ACeS Oeiras – Departamento Sistema de Informação

APÊNDICE III - INDICADORES – MODO DE CONSTRUÇÃO E RESULTADOS

TIPO DE INDICADOR: ACESSO

Quadro 35 - 3.12 – Percentagem de consultas ao utente pelo próprio médico de família

UCSP	%	USF	%
2009	79,88	2009	86,40
2010	76,16	2010	88,10
2011	79,69	2011	85,89

3.12 Percentagem de consultas ao utente pelo próprio médico de família
Objectivo: Avaliar o acesso dos utentes ao seu próprio médico de família.
Descrição: Indicador que exprime a percentagem de consultas que cada médico realiza aos seus utentes e a utentes fora da sua lista
Critérios de inclusão:
Numerador: Denominador; Total de consultas, presenciais, com o seu médico de família.
Denominador: Ter inscrição na Unidade Funcional (USF/UCSP) no período em análise. Ter registo de consultas médicas no período em análise, programadas ou não, em horário normal ou acrescido.
Factor crítico: N.º de utentes sem médico de família atribuído
Unidade de medida: Percentagem
Construção do Indicador
Outputs: Percentagem de consultas
Numerador: N.º total de consultas médicas presenciais com o seu médico de família.
Unidade de medida: N.º de consultas
Denominador: N.º total de consultas médicas no período em análise.
Unidade de medida: N.º de consultas

Fórmula: $A / B \times 100$

Quadro 36 - 3.15 – Taxa de utilização global de consultas

Dados Oficiais				Dados Corrigidos			
UCSP	%	USF	%	UCSP	%	USF	%
2009	41,57	2009	54,51	2009	54,80	2009	56,74
2010	41,11	2010	59,87	2010	55,88	2010	62,21
2011	51,78	2011	62,78	2011	51,78	2011	62,78

3.15 Taxa de utilização global de consultas
Objectivo: Avaliar o acesso dos utentes ao seu próprio médico de família.
Descrição: Indicador que exprime a percentagem de consultas que cada médico realiza aos seus utentes e a utentes fora da sua lista.
Critérios de inclusão:
Numerador: Denominador; Ter pelo menos uma consulta médica, presencial ou não presencial, no período em análise.
Denominador: Ter inscrição na Unidade Funcional (USF/UCSP) no período em análise
Factor crítico: Análise - 1 utente pode ter diversas 1.as consultas (MGF, PF, SM...)
Unidade de medida: Taxa
Construção do Indicador
Outputs: Percentagem de utentes
Numerador: N.º de inscritos com pelo menos uma consulta médica
Unidade de medida: N.º de utentes
Denominador: N.º de inscritos
Unidade de medida: N.º de utentes
Fórmula: $A / B \times 100$

Quadro 37 - 4. 18 – Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos

Dados Oficiais				Dados Corrigidos			
UCSP	%	USF	%	UCSP	%	USF	%
2009	5,87	2009	19,88	2009	7,74	2009	20,69
2010	6,34	2010	22,27	2010	8,62	2010	23,14
2011	10,25	2011	26,34	2011	10,25	2011	26,34

4.18 Taxas de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos
Objectivo: Avaliar a realização de consulta domiciliária médica relativamente à população inscrita na Unidade Funcional (USF/UCSP)
Descrição: Indicador que exprime o número de consultas médicas no domicílio por cada mil inscritos na Unidade Funcional (USF/UCSP).
Critérios de inclusão:
Numerador: Denominador; Ter registo de consulta domiciliária médica no período em análise (total de visitas).
Denominador: Ter inscrição na Unidade Funcional (USF/UCSP) no período em análise.
Factor crítico:
Unidade de medida: Permilagem
Construção do Indicador
Outputs: Taxa de consultas domiciliárias (Méd.)
Numerador: N.º total de consultas domiciliárias médicas (USF/UCSP)
Unidade de medida: N.º de consultas Denominador: N.º de inscritos
Unidade de medida: N.º de utentes
Fórmula: $A / B \times 1000$

Quadro 38 - 4.30 – Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos

Dados Oficiais				Dados Corrigidos			
UCSP	%	USF	%	UCSP	%	USF	%
2009	0,00	2009	68,54	2009	0,00	2009	71,35
2010	0,00	2010	108,91	2010	0,00	2010	113,17
2011	2,53	2011	129,23	2011	2,53	2011	129,23

4.30 Taxas de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos
Objectivo: Avaliar a realização de consulta domiciliária de enfermagem relativamente à população inscrita na Unidade Funcional (USF/UCSP)
Descrição: Indicador que exprime o número de consultas de enfermagem no domicílio por cada mil inscritos.
Crítérios de inclusão:
Numerador: Denominador; Ter registo de consulta domiciliária de enfermagem no período em análise (total de visitas).
Denominador: Ter inscrição na Unidade Funcional (USF/UCSP) no período em análise.
Factor crítico:
Unidade de medida: Permilagem
Construção do Indicador
Outputs: Taxa de consultas domiciliárias de enfermagem
Numerador: N.º total de consultas domiciliárias de enfermagem
Unidade de medida: N.º de consultas
Denominador: N.º de inscritos
Unidade de medida: N.º de utentes
Fórmula: $A / B \times 1000$

TIPO DE INDICADOR: DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Quadro 39 - 5.2 – Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada

Dados Oficiais				Dados Corrigidos			
UCSP	%	USF	%	UCSP	%	USF	%
2009	1,41	2009	43,02	2009	1,78	2009	44,77
2010	5,14	2010	49,25	2010	6,63	2010	51,16
2011	11,84	2011	56,50	2011	11,84	2011	56,50

5.2 Percentagem de mulheres entre os 25 e os 64 anos com colpocitologia actualizada
Objectivo: Avaliar a cobertura do programa de vigilância oncológica.
Descrição: Indicador que exprime a percentagem de mulheres com idades entre [25,64] anos, de entre todas as inscritas na Unidade Funcional (USF/UCSP), que fizeram uma colpocitologia nos últimos 3 anos.
Critérios de inclusão:
Numerador: Denominador; Ter um registo de colpocitologia realizada até 3 anos antes do fim do período em análise.
Denominador: Ter uma inscrição na Unidade Funcional (USF/UCSP) no período em análise; Ser mulher; Ter idade entre [25,64] anos.
Factor crítico:
Unidade de medida: Percentagem
Construção do Indicador
Outputs: Percentagem de utentes
Numerador: N.º de mulheres com registo de colpocitologia realizada nos últimos 3 anos.
Unidade de medida: N.º de utentes
Denominador: N.º total de mulheres inscritas com idades entre os [25; 64] anos.
Unidade de medida: N.º de utentes

Fórmula: $A / B \times 100$

Quadro 40 - 5.1M – Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos dois anos

Dados Oficiais				Dados Corrigidos			
UCSP	%	USF	%	UCSP	%	USF	%
2009	4,03	2009	52,53	2009	5,02	2009	54,37
2010	12,51	2010	57,83	2010	15,92	2010	59,72
2011	29,36	2011	68,12	2011	29,36	2011	68,12

5.1M Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos dois anos

Objectivo: Avaliar a cobertura do programa de vigilância oncológica.

Descrição: Indicador que exprime a percentagem de mulheres, de entre todas as inscritas na Unidade Funcional (USF/UCSP), que tem registo de ter realizado uma mamografia nos últimos 2 anos.

Critérios de inclusão:

Numerador: Denominador; Ter registo de mamografia realizada até 2 anos antes do fim do período em análise.

Denominador: Ter inscrição na Unidade Funcional (USF/UCSP) no período em análise; Ser mulher; Ter idade entre [50; 69] anos.

Factor crítico:

Unidade de medida: Percentagem

Construção do Indicador

Outputs: Percentagem de utentes

Numerador: N.º de mulheres com registo de mamografia realizada nos últimos 2 anos

Unidade de medida: N.º de utentes

Denominador: N.º total de mulheres inscritas com idades entre os [50; 69] anos.

Unidade de medida: N.º de utentes

Fórmula: $A / B \times 100$

Quadro 41 - 5.4M – Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1c registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres

UCSP	%	USF	%
2009	2,47	2009	64,38
2010	3,85	2010	58,45

Quadro 42 - 5.4M2 – Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1c registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres

UCSP	%	USF	%
2011	16,87	2011	83,01

5.4M Percentagem de diabéticos com pelo menos três hba1c registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres

Objectivo: Monitorizar o acompanhamento dos utentes diabéticos em vigilância no programa de diabetes – parâmetro hemoglobina glicosilada.

Descrição: Indicador que exprime a percentagem de diabéticos, com compromisso de vigilância, que tem pelo menos três registos de HbA1c no período em análise.

Critérios de inclusão:

Numerador: Denominador; Ter três registos de HbA1c no período em análise; Ter pelo menos 1 registo de HbA1C em cada semestre do período em análise.

Denominador: Ter uma inscrição na Unidade Funcional (USF/UCSP) no período em análise; Ter este diagnóstico sinalizado como activo na sua lista de problemas (classificação ICPC = T89 ou T90) antes de 30 de Junho do período em análise; Ter entre [18, 75] anos; Ter compromisso de vigilância na Unidade Funcional (USF/UCSP) no programa de Diabetes.

Factor crítico:

Unidade de medida: Percentagem

Construção do Indicador

Outputs: Percentagem de utentes
Numerador: N.º de utentes com pelo menos 3 registos de HbA1c no período.
Unidade de medida: N.º de utentes
Denominador: N.º de utentes com compromisso de vigilância no programa de diabetes.
Unidade de medida: N.º de utentes
Fórmula: $A / B \times 100$
Nota: Este indicador em 2011 passou a considerar no numerador, n.º de utentes com pelo menos 2 registos de HbA1c no período.

Quadro 43 - 5.10Mi – Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre

UCSP	%	USF	%
2009	26,82	2009	68,58
2010	30,66	2010	70,69
2011	36,85	2011	82,46

5.10Mi Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre
Objectivo: Monitorizar o acompanhamento dos hipertensos em vigilância no programa de hipertensão
Descrição: Indicador que exprime a percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de pressão arterial em cada semestre, no período em análise, em relação ao total de hipertensos vigiados no programa
Critérios de inclusão:
Numerador: Denominador; Ter pelo um registo de pressão arterial em cada semestre, no período em análise.
Denominador: Ter uma inscrição na Unidade Funcional (USF/UCSP) no período em análise; Ter este diagnóstico sinalizado como activo na sua lista de problemas (classificação ICPC = K 86 ou K87 antes de 30 de Junho do período em análise; Ter compromisso de vigilância no programa de hipertensão;

Factor crítico:
Unidade de medida: Percentagem
Construção do Indicador
Outputs: Percentagem de utentes
Numerador: N.º de utentes com pelo menos 1 registo de TA em cada semestre
Unidade de medida: N.º de utentes
Denominador: N.º de utentes com compromisso de vigilância no programa de hipertensão no período em análise
Unidade de medida: N.º de utentes
Fórmula: $A / B \times 100$

Quadro 44 - 6.1M1 – Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos

UCSP	%	USF	%
2009	74,17	2009	94,29
2010	80,21	2010	92,57
2011	81,02	2011	92,25

6.1 M1 Percentagem de crianças com pnv actualizado aos 2 anos
Objectivo: Monitorizar o cumprimento do PNV aos 2 anos.
Descrição: Indicador que exprime a percentagem de utentes inscritos, com 2 anos completo, que tem o PNV actualizado.
Critérios de inclusão:
Numerador: Denominador; Ter PNV actualizado no dia em que completa 2 anos.
Denominador: Ter inscrição na Unidade Funcional (USF/UCSP) no período em análise; Ter completado 2 anos no período em análise.

Factor crítico:
Unidade de medida: Percentagem
Construção do Indicador
Outputs: Percentagem de utentes
Numerador: N.º de crianças com 2 anos com PNV actualizado.
Unidade de medida: N.º de utentes
Denominador: N.º de crianças que completam 2 anos no período em análise.
Unidade de medida: N.º de utentes
Fórmula: $A / B \times 100$

Quadro 45 - 6.1M2 – Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos

UCSP	%	USF	%
2009	72,10	2009	89,09
2010	81,82	2010	94,30
2011	85,59	2011	93,98

6.1 M2 Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos
Objectivo: Monitorizar o cumprimento do PNV aos 6 anos.
Descrição: Indicador que exprime a percentagem de utentes inscritos, com 6 anos completo, que tem o PNV actualizado.
Critérios de inclusão:
Numerador: Denominador; Ter PNV actualizado no dia em que completa 6 anos.
Denominador: Ter inscrição na Unidade Funcional (USF/UCSP) no período em análise; Ter completado 6 anos no período em análise.
Factor crítico:
Unidade de medida: Percentagem

Construção do Indicador
Outputs: Percentagem de utentes
Numerador: N.º de crianças com 6 anos com PNV actualizado.
Unidade de medida: N.º de utentes
Denominador: N.º de crianças que completam 6 anos no período em análise.
Unidade de medida: N.º de utentes
Fórmula: $A / B \times 100$

Quadro 46 - 6.12 – Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias

UCSP	%	USF	%
2009	26,57	2009	66,62
2010	33,33	2010	73,08
2011	40,07	2011	83,42

6.12 Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias
Objectivo: Promover a precocidade dos primeiros contactos na vida.
Descrição: Indicador que exprime a percentagem de primeiras consultas na vida ocorridas até aos 28 dias.
Critérios de inclusão:
Numerador: Denominador; Ter um registo de 1.ª consulta nos primeiros 28 dias de vida.
Denominador: Ter inscrição na Unidade Funcional (USF/UCSP) no período em análise; Ter completado 28 dias de vida no período em análise.
Factor crítico:
Unidade de medida: Percentagem
Construção do Indicador
Outputs: Percentagem de consultas

Numerador: N.º de utentes com consultas realizadas até ao 28.º dia de vida
Unidade de medida: N.º de utentes
Denominador: N.º de utentes que completaram 28 dias no período em análise
Unidade de medida: N.º de utentes
Fórmula: $A / B \times 100$

Quadro 47 - 6.9M – Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre

UCSP	%	USF	%
2009	64,41	2009	74,45
2010	67,69	2010	80,40
2011	67,28	2011	87,87

6.9 M Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
Objectivo: Promover precocidade de 1.as consultas de gravidez.
Descrição: Indicador que exprime a percentagem de grávidas que teve consulta de saúde materna no 1.º trimestre de gravidez.
Critérios de inclusão:
Numerador: Denominador; Ter consulta no 1.º trimestre de gravidez.
Denominador: Ter uma inscrição na Unidade Funcional (USF/UCSP) no período em análise; Ser mulher; Ter um destes diagnósticos activos na sua lista de problemas - ICPC W78, W79, W84; Completar 12 semanas de gravidez no período em análise.
Factor crítico:
Unidade de medida: Percentagem
Construção do Indicador
Outputs: Percentagem de grávidas
Numerador: N.º de grávidas com registo de consulta em saúde materna no 1.º trimestre de gravidez

Unidade de medida: N.º de grávidas
Denominador: N.º de grávidas com 1ª consulta de gravidez no período em análise.
Unidade de medida: N.º de grávidas
Fórmula: $A / B \times 100$

TIPO DE INDICADOR: EFICIÊNCIA

Quadro 48 - 7.6 d1 – Custo médio de medicamentos facturado (PVP) por utilizador SNS

UCSP	€	USF	€
2009	203,32	2009	115,43
2010	224,91	2010	144,68
2011	178,32	2011	121,29

7.6 D1 Custo médio de medicamentos facturados por utilizador (EFICIÊNCIA)
Objectivo: Monitorizar o encargo com medicamentos facturados por utilizador.
Descrição: Indicador que exprime o custo médio com medicamentos facturados (PVP), por cada utilizador, no mercado SNS em ambulatório.
Critérios de inclusão:
Numerador: Denominador- Custo com medicamentos (valor facturado em PVP) cuja facturação tenha sido efectuada no intervalo de tempo em análise.
Denominador: - Ter inscrição no ACES, no período em análise;- Ter pelo menos um registo de utilização (de qualquer tipo), no período em análise.
Factor crítico:
Unidade de medida: €
Construção do Indicador
Outputs: Custo médio medicamentos

Numerador: Custo com medicamentos (valor facturado em PVP)
Unidade de medida: €
Denominador: N.º de utilizadores SNS
Unidade de medida: N.º de utilizadores
Fórmula: A / B

Quadro 49 - 7.7 D1 – Custo médio com MCDT facturado por utilizador

UCSP	€	USF	€
2009	78,82	2009	34,94
2010	81,44	2010	47,25
2011	68,51	2011	43,94

7.7 D1 Custo médio de MCDT facturados por utilizador (EFICIÊNCIA)
Objectivo: Monitorizar o encargo com MCDT facturados por utilizador.
Descrição: Indicador que exprime o custo médio do SNS com MCDT facturados, por cada utilizador.
Critérios de inclusão:
Numerador: Encargo SNS com MCDT cuja facturação tenha sido efectuada no intervalo de tempo em análise.
Denominador: Ter inscrição no ACES, no período em análise;- Ter pelo menos um registo de utilização (de qualquer tipo), no período em análise.
Factor crítico:
Unidade de medida: €
Construção do Indicador
Outputs: Custo médio MCDT
Numerador: Encargo SNS com MCDT facturados
Unidade de medida: €

Denominador: N.º de utilizadores SNS
Unidade de medida: N.º de utilizadores
Fórmula: A / B

Fonte:

Os quadros foram todos de elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo ACES Oeiras – Departamento de Sistema de Informações.

A informação sobre o modo de construção dos indicadores foi retirada do manual: PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO ACeS 2011 Indicadores Nacionais, Regionais e Locais - Bilhete de Identidade Unidade Funcional para os Cuidados de Saúde Primários Emitido pela ACSS - Unidade Operacional Financiamento e de Contratualização http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/BI%20Indicadores%20Nacionais%20Regionais_Locais_04052011.pdf acedido a 02 de outubro de 2012 e do manual: Unidade Saúde familiar e Unidade Cuidados de Saúde Personalizados - Cálculo de indicadores de desempenho - Critérios a observar na sua implementação Emitido a 03 de Setembro de 2009 e elaborado pela ACSS e pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários

APÊNDICE IV - Entrevista

Entrevista realizada a um dos elementos do Departamento de Sistemas de Informação (E1) e a um elemento da Direcção (E2).

Entrevista

PM - Acha que a evolução dos sistemas de informação foi primordial para a implementação desta reforma? E se os mesmos permitem uma boa avaliação do desempenho?

E1 – Sim. Porque proporcionou melhor acompanhamento do utente através de um controlo de dados mais precisos. Os dados reflectem aquilo que é inserido no sistema. Existe um maior empenho dos profissionais em registarem os dados nos diferentes sistemas pois serão avaliados pelos dados colhidos. Houve um período de adaptação dos sistemas de informação por parte dos profissionais na inserção dos dados e um maior cuidado para que fosse possível a recolha e futura audição. Os profissionais tiveram dificuldades no início, mas existiu um esforço dos mesmos para que os dados fossem os mais fidedignos possíveis. Para ultrapassar essa dificuldade foram realizadas onze formações durante o ano 2010 e 2011, mais frequentadas pelos profissionais das UCSP.

E2 – A resposta é um sim, categórico. Sem sistema de informação computadorizado, e já estamos no século XXI, não é possível termos bons registos, ter acessibilidade a estes e uma avaliação e análise adequada. A melhoria de qualidade está ligada aos registos, à análise dos dados e a um espírito crítico em relação ao modo em como estamos a funcionar através da avaliação dos indicadores. Estes são ainda, nesta fase, fundamentalmente indicadores processuais. Não é propriamente, uma análise dos resultados ou em como a nossa prática influenciou a evolução das doenças na vida das pessoas. Com o tempo vamos tendo, informação sobre os resultados (*outcomes*). A análise dos processos não traduz a qualidade clínica, traduz sim é a qualidade dos registos mas, claro que com a monitorização dos processos já podemos grosseiramente prever se os resultados serão eventualmente ser benéficos ou não. É por isso que em 2010 se investiu muito na formação em SAM, instrumento de trabalho na prática clínica.

PM - Existem dados que os sistemas de informação não reflectem?

E1 – Existem, os dados registados que são efectuados manualmente e que nunca são inseridos no sistema.

PM - O que pensa desta reforma nos CSP?

E2 – Houve um comprometimento político para desenvolver os cuidados de saúde primários. Houve um consenso muito generalizado de que se tinha que reformar os CSP. Estamos ainda num processo de reforma. Já se deram passos largos. Esta começou com a promoção de novas formas organizativas - as USF (na sequência dos projetos Alfa e dos RRE). USF foram criadas numa base de voluntariado, iniciadas por pessoas já com muita vontade de trabalharem de uma forma mais adequada, em equipa, e enfim com um compromisso assumido na melhoria da qualidade em geral. Estas formas organizativas traduziram-se de facto numa melhoria da qualidade organizacional e genericamente com melhores resultados. As UCSP, formados pelos profissionais que não se auto-organizaram, foram organizadas pelas direcções dos ACeS. Dependente da liderança dos ACeS algumas destas UCSP, nomeadamente as de Oeiras deram também saltos qualitativos em frente e apesar de tudo organizaram-se, começaram a trabalhar mais em equipa. Em Oeiras, independentemente de termos uma legislação de apoio, foram genericamente proporcionadas às UCSP melhores instalações, melhor ratio médico-enfermeiro-administrativo.

PM – Acha que as unidades funcionais se adaptaram à nova filosofia trazida por esta reforma?

E2 - A adaptação ao novo modelo organizativo foi positiva. As UCSP sentiram que também eles tiveram e tem autonomia funcional sob a direcção do ACeS. Às UCSP temos de dar alguma mão, mas temos de dar uma margem para a autonomia funcional. Nas USF a nossa preocupação centra-se nos resultados. Se estes são bons, se os utentes estão satisfeitos e se os profissionais também, a direcção não tem mais do que continuar a apoiar o projecto. A forma como cada unidade trabalha para alcançar os resultados, atendendo que há muitas maneiras de fazer as coisas e esta ser partilhada é a melhor forma de irmos aprendendo uns com uns outros. A ideia de que só há uma maneira de fazer bem é tola. Temos pessoas inteligentes em todo o lado e por isso é só incentivar as pessoas para pensarem e darem o seu contributo para a criatividade e inovação pois há sempre outra maneira de trabalhar e melhor. O ACeS de

Oeiras pautou-se sempre em delegar competências às pessoas, tratar as pessoas como seres pensantes, e que sabem gerir.

PM – A reacção dos profissionais foi positiva?

E2 – A reacção dos profissionais foi no geral positiva. Temos aqui um inquérito dos profissionais, que foi feito pelo Dr. André Biscaia. Os dados indicam que a média foi acima de três. Este resultado, verificado num período conturbado, isto é de grandes mudanças, reflecte em parte uma preocupação da direcção na satisfação dos profissionais. Porque em termos de prestação de cuidados, houve coisas que passaram da noite para o dia, uma organização muito virada para o profissional para uma organizada centrada no utente, uma filosofia completamente diferente.

PM – Acha que houve mudança na própria cultura organizacional da Administração Pública?

E2 – Não, no geral, a Administração Pública manteve-se na mesma. Aqui no ACeS sim, inculcamos uma nova cultura organizacional com delegação de competências e responsabilização a todas as unidades, A todas as unidades demos alguma autonomia para funcionarem (as USF já tinham por diploma legal). Autonomia com responsabilização. Autonomia com responsabilidade e as pessoas aceitaram bem. Claro que os ritmos das mudanças são diferentes. Não interessa serem diferentes, o importante é caminharem para num sentido correcto.

PM - Acha que a mudança dos procedimentos trouxe mais eficiência e produtividade às unidades?

E2 – Já se vislumbra alguma coisa, alguma influência na produtividade. Maior eficiência chegará a seu tempo. Temos que trabalhar um bocadinho mais, conseguirmos os objectivos ao menor custo, tentar trabalhar sempre melhor. Qualquer investimento tem de traduzir melhoria. Um negócio, qualquer que ele seja, que não revele “lucro” pelo menos igual ao capital investido é irresponsável.

PM - Gostaríamos de saber em que medida a gestão influencia a produtividade nas unidades?

E2 – O tipo motivação que nós temos é fundamentalmente intrínseca mesmo nas USF modelo B. A motivação extrínseca tem os seus limites. A partir de certa altura que tanto faz trabalhar nesta USF modelo B como mudar para outra. O que faz com que as pessoas permaneçam num sítio é porque há uma motivação intrínseca que as motiva para lá estarem - passa muito pelas pessoas se poderem organizar, da qualidade das equipas, o darem-se bem como profissionais, terem objetivos comuns, terem prazer naquilo que estão a fazer, têm possibilidades de concretizar em conjunto com os outros colegas as suas ideias. Há muita gente que veste a camisola, que gasta muitas horas da sua vida no trabalho e isto acontece porque estão motivadas.

PM – Quando fiz esta pergunta, lembrei-me da maneira da Direcção gerir aqui o ACeS, como deram oportunidade igual, tanto às UCSP como às USF.

E2 – Igual não se pode, até porque não temos uma legislação que suporte algumas “benesses” das USF, mas tendencialmente sim. Tentamos minimizar as discrepâncias entre elas.

PM - Quais as vantagens e desvantagens, quer para a organização quer para o utente, destes dois tipos de unidade?

E2 – Vantagem é alguém tomar a dianteira e alumiar o caminho, mostrando que é possível fazer de outra maneira e melhor e ainda por cima com satisfação profissional. Quem vai à frente e está bem e mostra resultados, influencia tudo o resto. As nossas USF foram de alguma maneira um exemplo para as outras unidades. O brio profissional existe em todo o lado e por isso as unidades e os seus profissionais foram aprendendo uns com os outros. Conclusão, a pressão dos pares que existe foi um factor de progresso. Fez com que as pessoas olhassem para os do lado aprendessem com a experiência dos outros.

PM - E acha que os utentes beneficiam deste tipo de gestão?

E2 – Os utentes sabem ver bem as diferenças entre um passado recente e entre as diferentes unidades. Os utentes apercebem-se das melhorias tanto nas USF como nas UCSP.

PM – Mas a ideia que algumas pessoas têm, é que este tipo de gestão ao nível dos doentes lhes proporcionava um serviço mais rápido, e se calhar mais eficiente, mais eficaz.

E2 – O que utente não costuma avaliar é a qualidade técnica. Avaliam muita coisa - a simpatia das pessoas que atendem ao balcão, o sorriso do médico, a disponibilidade do médico e da enfermeira, uma palavra de apoio, uma palavra de carinho. É isso que eles apreciam, não apreciam uma má cara! Eles avaliam-nos com critérios humanos, não avaliam se foram bem tratados bem ou mal tecnicamente. Eles perdoam muito mais erros técnicos do que uma indelicadeza do profissional, não toleram, como toda a gente, se foram mal tratados.